

**Universidade de Lisboa**  
**Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de**  
**Lisboa**

**Mestrado Mudança e Desenvolvimento em Psicoterapia**



**QUE TIPO DE INTEGRAÇÃO É REALIZADA PELOS PSICOTERAPEUTAS**  
**PORTUGUESES? ESTUDO DESCRITIVO DA RESPONSABILIDADE ÀS**  
**CARACTERÍSTICAS DOS CLIENTES**

**André Gil Jorge Cravo**

**Mestrado em Psicologia**

**Área de especialização em Mudança e Desenvolvimento em**  
**Psicoterapia**

**2008**

**Universidade de Lisboa**  
**Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de**  
**Lisboa**

**Mestrado Mudança e Desenvolvimento em Psicoterapia**

**QUE TIPO DE INTEGRAÇÃO É REALIZADA PELOS PSICOTERAPEUTAS**  
**PORTUGUESES? ESTUDO DESCRITIVO DA RESPONSABILIDADE ÀS**  
**CARACTERÍSTICAS DOS CLIENTES**

André Gil Jorge Cravo

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de  
Mestre em Psicologia  
Especialidade em Mudança e Desenvolvimento em Psicoterapia

*Orientadora:*

Professora Doutora Carla Moleiro, Professora Auxiliar  
ISCTE

Outubro 2008

## **Agradecimentos**

A elaboração desta dissertação de mestrado contou com a colaboração de algumas pessoas que foram imprescindíveis à sua realização, e às quais gostaria de deixar aqui a minha homenagem e o meu agradecimento.

Assim, em primeiro lugar gostaria de agradecer à minha orientadora, a Professora Doutora Carla Moleiro não só pela sua disponibilidade, paciência, tolerância aos avanços e recuos deste trabalho, mas também pela constante partilha de conhecimento, inspiração e motivação, sem os quais este trabalho não teria sido possível.

Não tenho dúvidas ao afirmar que a Professora Doutora Carla Moleiro contribuiu seriamente para o meu enriquecimento profissional e pessoal.

Para levar a cabo o presente estudo, o auxílio e a colaboração de pessoas que me são próximas, que me envolveram afectivamente ao longo deste período, e de uma forma particular no desenvolvimento trabalho, foram determinantes.

Desta forma, agradeço aos meus amigos Álvaro Ferreira, Maria do Carmo Cruz, Madalena Ferreira, Pedro Aleixo, Sofia Pepe e Emanuel Nevado pela amizade e inspiração com que me habituaram ao longo destes anos e sem as quais este trabalho não teria sido possível.

Por fim, mas não menos importante, agradeço aos meus pais e ao meu irmão João Gil, que embora não esteja presente, está sempre comigo, o amor e o carinho, que possibilitaram o meu crescimento e evolução.

## Resumo

A integração em psicoterapia tem sido crescente e estudada em termos da sua prevalência em Portugal. Contudo, pouco se sabe acerca do tipo e forma de integração realizada. O presente estudo procurou explorar e descrever a forma como os psicoterapeutas integram intervenções de diversos modelos psicoterapêuticos. O seu objectivo geral foi investigar se a integração era feita de forma sistemática, responsiva às características dos pacientes, e baseada na evidência empírica. Participaram no estudo 65 psicoterapeutas (78% do sexo feminino, idade média de 32 anos), com variada experiência clínica (0.5 – 20 anos) e orientação teórica. Os participantes responderam a um questionário, desenvolvido a partir do Modelo de Selecção Sistemática, utilizando uma metodologia quantitativa e qualitativa. Os resultados demonstraram que as formas de integração dos psicoterapeutas portugueses são muito diversas, variando entre a utilização sistemática de princípios empíricos e o desenvolvimento de modelos únicos. Emergiram dois grupos de psicoterapeutas principais no que diz respeito à orientação teórica: (1) os dinâmicos e psicanalíticos, que fazem pouco uso de outras técnicas e (2) os cognitivos, comportamentais, humanistas e sistémicos, que utilizam técnicas entre modelos. Os psicoterapeutas humanistas e os integrativos tenderam a ser mais responsivos a características do paciente. São discutidas implicações para a prática e a formação de psicoterapeutas em Portugal.

**Palavras-chave:** Integração em Psicoterapia; Psicoterapeutas Portugueses; Modelo de Selecção Sistemática, Práticas baseadas na evidência

**Abstract**

Integration in psychotherapy has grown in Portugal and its prevalence among psychotherapists has been studied. However, little is known with regards to the types and ways this integration is taking place. The present study sought to explore and describe the way psychotherapists integrate interventions from different theoretical models. Its main goal was to investigate if the integration was performed in a systematic way, responsive to the patient's characteristics, and based on empirical evidence. Sixty five psychotherapists participated in the study (78% female, mean age of 32 years old), with a range of clinical experience (0.5 – 20 years) and theoretical orientation. Participants responded to a questionnaire, developed based on the Systematic Treatment Selection model, using both a quantitative and a qualitative approach. Results showed that the way Portuguese psychotherapists integrate intervention is very diverse, varying from the systematic use of empirically based principles to the development of unique models. Two main clusters of psychotherapists emerged with respect to theoretical orientation: (1) psychoanalytic and psychodynamic therapists, who rarely use techniques from other models and (2) cognitive, behavioral, humanistic and systemic therapists, who utilize interventions across models. Humanistic and integrative psychotherapists were found to be more responsive to patient characteristics. Implications for practice and training of psychotherapists in Portugal are discussed.

**Key-words:** psychotherapy integration, Portuguese psychotherapists, systematic treatment selection, evidence based practices

## Índice

1. Introdução.....	1
2. Enquadramento Teórico.....	2
2.1. Movimento da Integração em Psicoterapia.....	3
2.2. As características do paciente em Psicoterapia.....	7
2.2.1. Défice funcional.....	9
2.2.2. Sofrimento subjectivo.....	10
2.2.3 Apoio social.....	11
2.2.4 Complexidade do problema.....	12
2.2.5 Resistência.....	13
2.2.6 Estilo de <i>coping</i> .....	14
2.2.7 Estilo de vinculação.....	15
2.2.8 Estádio de mudança.....	16
2.2.9. Princípios de Mudança em Psicoterapia baseados no Modelo Integrativo de Seleccção Sistemática.....	16
2.3 A Integração em Psicoterapia em Espanha.....	17
2.4 A Integração em Psicoterapia em Portugal.....	20
3. Definição do Problema e Objectivos.....	22
4. Método.....	24
4.1 Participantes.....	24
4.2 Instrumento.....	26
4.3 Procedimento.....	28
5. Resultados.....	30
6. Discussão dos resultados.....	53
7. Referências Bibliográficas.....	58
8. Anexos.....	67

## Índice de Tabelas

Tabela 1 - Orientação Teórica Actual e Passada dos Psicoterapeutas.....	25
Tabela 2 - Médias e desvios padrão a itens e total de responsividade.....	30
Tabela 3 - Correlações entre responsividade integrativa e orientação teórica.....	31
Tabela 4 - Tipo de integração dos elementos das várias técnicas psicoterapêuticas.....	33
Tabela 5 - Diagnósticos/Classificações na prática psicoterapêutica.....	34
Tabela 6 - Eixo I – Escolha do tipo de intervenções psicoterapêuticas.....	35
Tabela 7 - Eixo II - Escolha do tipo de intervenções psicoterapêuticas.....	36
Tabela 8 – Nível de sofrimento/Sofrimento subjectivo.....	37
Tabela 9 – Défice funcional.....	38
Tabela 10 – Sensibilidade interpessoal.....	39
Tabela 11 – Complexidade/Cronicidade.....	40
Tabela 12 – Rede de apoio social.....	42
Tabela 13 – Resistência.....	43
Tabela 14 – Estilo de <i>coping</i> .....	44
Tabela 15 – Estilo de vinculação.....	45
Tabela 16 – Estilo de comunicação.....	46
Tabela 17 – Estádio de mudança.....	47
Tabela 18 – Insight.....	49
Tabela 19 – Outras características.....	50

## 1. Introdução

No âmbito internacional da prática da psicoterapia, a integração é um dos movimentos que caracteriza o campo da psicoterapia nos últimos anos. O fenómeno da integração psicoterapêutica em Portugal tem sido alvo de um grande interesse e crescimento (Vasco, 1999, 2003, 2008).

Também em Espanha se tem passado um fenómeno idêntico. Um estudo recente (Alonso, Ávila, Caro, Coscollá, Rodriguez, Orlinsky, 2006) sobre as orientações dos psicoterapeutas espanhóis indicou que os psicoterapeutas mostraram uma tendência para o integrativismo, embora não para o eclecticismo. Este mesmo estudo revelou ainda que a relevância dos chamados modelos únicos não diminuiu.

Dado que existe uma tendência tão acentuada nos últimos anos para o fenómeno da integração, achamos pertinente a realização de um estudo que investigasse como é que é feita esta integração por psicoterapeutas portugueses e se a mesma tem em consideração a responsividade às características dos pacientes, de acordo com a literatura empírica. Para a compreensão da responsividade ao paciente é necessário ter em consideração as suas características para além do diagnóstico, como o défice funcional e a complexidade do problema; o apoio social do paciente; a resistência; o estilo de *coping*; o estilo de vinculação; entre outras (Beutler & Clarkin, 2000; Castonguay & Beutler, 2005; Moleiro, 2005).

Assim, o presente estudo tem como objectivo geral contribuir para o aprofundamento da temática da integração em psicoterapia no que se refere à exploração da forma como psicoterapeutas portugueses fazem uso de princípios de mudança empiricamente validados, por forma a serem mais responsivos com cada cliente.

É o nosso objectivo compreender (1) como é feita a integração pelos psicoterapeutas portugueses, (2) se essa é feita de forma sistemática, (3) de forma baseada nos conhecimentos empíricos da investigação em psicoterapia respondendo às características de cada paciente em particular.



## 2. Enquadramento Teórico

### 2.1. Movimento da Integração em Psicoterapia

“A integração em psicoterapia tem um longo passado mas uma curta história” (Golfried, 2002, p. xiii). A ideia da criação de pontes que atravessassem as diferentes orientações teóricas foi brevemente considerada na década de 1930, mas só na década de 1980 é que começou a ganhar popularidade. Antes desta década seria mais um tema latente que atravessava a literatura.

Como em qualquer tentativa de fazer uma resenha histórica, é preciso notar que é difícil precisar a importância que as primeiras contribuições tiveram para o pensamento actual. De facto, existiram descobertas e ideias inovadoras que foram inicialmente ignoradas e que só mais tarde foram assimiladas (Barber, 1961).

Na década de 1960, chamamos a atenção para o trabalho de Frank (1961) *Persuasion and Healing*. Este livro observou que existiam similitudes e processos comuns nas várias tentativas de estabelecer processos de intervenção e de influência pessoal. Frank (1961) referiu que, na sua perspectiva, a psicoterapia deveria servir o propósito de modificar os pensamentos não baseados na realidade que as pessoas têm sobre elas próprias e sobre os outros. Segundo Frank (1961), este método poderia ser também observado na religião, e nos efeitos *placebo* que ocorrem na prática médica. É de salientar que, Frank continuou à procura dos factores comuns que atravessam as diferentes psicoterapias, nos seus trabalhos mais recentes (Frank, 1979).

Nesta década, surgiu também o conceito de “ecletismo técnico” que foi introduzido em 1967 por Lazarus, e que se refere à utilização de técnicas de diferentes sistemas teóricos sem que para isso tivessem que necessariamente aceitar as linhas teóricas subjacentes aos mesmos. Assim, o princípio seria a utilidade das técnicas, o empirismo e não as bases teóricas. Estas ideias foram mais tarde expandidas e revistas no desenvolvimento do seu modelo multimodal (Lazarus, 1992). É de referir que Thorne (1967) foi igualmente considerado como uma forte influência do movimento do ecletismo técnico. Outro movimento de importância assinalável para a história da integração em psicoterapia foi o movimento de integração teórica. A primeira sugestão sistematizada de uma integração teórica apareceu, segundo Moreira, Gonçalves e Beutler (2005), descrita num livro intitulado *Personality and psychotherapy: an analysis in terms of learning, thinking and culture* (Dollard & Miller, 1950), em que os

autores transformaram conceitos psicanalíticos em princípios comportamentais e reflectiram sobre as implicações de se aplicar estes princípios a tratamentos de diversas condições.

O movimento de integração teórica pressupõe que as técnicas e estratégias terapêuticas mais eficazes irão surgir de um entendimento teórico entre teóricos e investigadores. O ênfase deste movimento é colocado não nas diferenças entre as várias teorias mas nos seus aspectos comuns e nas possibilidades de entendimento e conciliação entre princípios de duas abordagens ou mais. O trabalho inaugural de Watchtel (1977) que mencionamos mais à frente é um bom exemplo deste movimento.

A década de 1970 foi marcada pelo aparecimento de uma nova publicação periódica, o *Behavior Therapy*. Dado o entusiasmo dos que fundaram e dos que se associaram a este jornal, seria de esperar que os primeiros artigos contivessem afirmações sobre a eficácia “comprovada” e superioridade da terapia comportamental sobre as outras terapias. Contudo, esse não foi o caso. Em vez disso, os editores dedicaram uma séria atenção a aspectos teóricos e da psicoterapia que não eram estritamente comportamentais. Birk (1970) descreveu nesta altura, em dois estudos de caso, as potencialidades da integração entre a terapia comportamental e a teoria psicodinâmica. Assim, muitos dos terapeutas comportamentais que se envolveram nesta década no desenvolvimento de técnicas e procedimentos cognitivos (por exemplo Davison, Golfried, Lazarus, Mahoney, Meichenbaum), mais tarde mudaram o foco dos seus interesses para a integração em psicoterapia.

Nesta década ocorreu uma interessante discussão partindo da complementaridade entre os modelos comportamental e psicodinâmico, e não como mutuamente exclusivos. Nesta discussão, Fester (1974), um conhecido “skinneriano”, descreveu aqueles que ele considerava serem alguns dos méritos da psicoterapia de orientação analítica. Na mesma altura, também Birk e Brinkley-Birk (1974) criaram uma integração conceptual da psicanálise e da terapia comportamental, salientando simultaneamente os papéis do insight e das técnicas comportamentais e a sua complementaridade. É de destacar ainda, o aparecimento do primeiro livro de Paul Wachtel (1977) intitulado *Psychoanalysis and Behavior Change*, no qual integrava os modelos teóricos psicanalíticos e comportamentais.

Neste período, a literatura sobre os factores comuns em psicoterapia tornou-se mais abundante. No trabalho seminal de Luborsky, Singer e Luborsky (1975), os autores analisaram as primeiras duas décadas de investigações controladas de

psicoterapia. O resultado da análise de toda esta literatura foi intitulado de “Veredicto do pássaro Dodo” – “*Todos ganham e todos merecem prémios*”, uma alusão ao célebre livro da *Alice no País das Maravilhas*. Isto é, estes autores não só validaram que uma grande percentagem de pacientes beneficiava em psicoterapia, como mais importante ainda, Luborsky et al. (1975) determinaram que a maior parte dos estudos comparativos das diferentes formas de psicoterapia não encontrava diferenças significativas entre os modelos no que diz respeito aos benefícios dos pacientes no final da psicoterapia. Desta forma, defenderam que as diferentes formas de psicoterapia possuíam vários factores comuns, como a relação com o terapeuta e outros factores associados como a sugestão, a empatia, a credibilidade e o suporte, que seriam responsáveis pela ausência de diferenças de resultado entre os modelos. Autores como Frank (1961), Gardfield (1980), Kazdin & Bass (1989), e Wilkins (1984) sustentaram que estes factores comuns eram fruto da intencionalidade do terapeuta, criados por padrões de comunicação inerentes ao terapeuta, sobre os quais ele tinha controlo e, por isso, os terapeutas poderiam ser treinados a maximizar o uso destes factores comuns e os efeitos positivos destes no tratamento.

Foi também neste período que surgiu a noção de psicoterapia prescritiva. Goldstein e Stein (1976) foram os primeiros a estabelecer uma relação empírica entre o tipo de intervenção e o alvo de mudança, tendo por base a ideia de que o estabelecimento de um plano psicoterapêutico deveria ser prescrito de acordo com os sintomas apresentados. Com o intuito de clarificar a relação entre sintomas apresentados e tratamentos específicos, estes autores estabeleceram diferentes programas de tratamento para diferentes pessoas, consoante os seus problemas e as suas circunstâncias de vida.

Contudo, foi na década de 1980 que a integração em psicoterapia conheceu avanços significativos para se definir como uma área de interesse ou como um movimento marcante na história da psicoterapia. Nesta década assistiu-se a um aumento exponencial de publicações e de apresentações sobre esta temática, tendo ultrapassado o número das 200 publicações.

Como é virtualmente impossível fazer uma síntese de todos estes artigos, apresentamos um resumo dos aspectos fundamentais desde o início deste período até à actualidade.

No início desta década, Goldfried (1980) referiu que o nível mais produtivo de abstracção para a análise comparativa entre modelos seria entre a técnica específica e a

o modelo teórico de onde essa mesma técnica fazia parte. Goldfried (1980) afirmou que seria neste nível intermédio de abstracção – o nível da estratégia clínica – que poderiam existir pontos de convergência entre os distintos modelos teóricos.

No ano de 1983, Beutler tentou responder à pergunta cada vez mais frequente: “qual a terapia mais apropriada para que tipo de problema, por qual terapeuta, para que paciente?”, no seu livro *Eclectic Psychotherapy*. Beutler sugeria formas de maximizar a eficácia terapêutica através da revisão da literatura empírica sobre as interações de variáveis dos pacientes, terapeutas e técnicas. Nascia, assim, a psicoterapia eclética sistemática, que seria uma tentativa de fazer corresponder os procedimentos e estratégias terapêuticas aos padrões e características do paciente, para além do seu diagnóstico. O aspecto mais saliente desta teoria foi a formulação de um conjunto de critérios de decisão para a escolha de procedimentos de intervenção (independentemente das teorias a que pertençam). Embora variáveis como o diagnóstico, as características e contexto de tratamento fossem tidas em conta, três outras dimensões do paciente ou do problema ganhavam maior relevância na conceptualização do caso e consequentes decisões clínicas. Estas eram (1) a severidade ou complexidade do problema, (2) o estilo de *coping* e (3) o nível de resistência interpessoal do cliente. O tratamento seleccionado seria, então, o que melhor se ajustasse às características do paciente e deveria adaptar-se, ao longo do processo psicoterapêutico, às circunstâncias específicas do paciente. Eram, assim, propostos princípios que se prendiam essencialmente à forma como intervir, e não tanto às indicações de que intervenções utilizar. É de referir que a psicoterapia eclética sistemática foi o precursor da “Modelo de Selecção Sistemática” de intervenções.

Na década de 80 surgiu, também, um interesse pelos processos de mudança em psicoterapia. Beitman (1987), Fuhriman, Paul e Burlingame (1986) e Prochaska (1984) propuseram modelos de estádios de mudança, enquanto um processo ao longo do tempo. Prochaska (1984) identificou quatro estádios de mudança sequenciais através dos quais os indivíduos evoluam na resolução dos seus problemas: pré-contemplação, contemplação, acção e manutenção. Era proposto por este autor que estes estádios deveriam ser considerados no processo terapêutico e o terapeuta deveria ajustar as intervenções ao estádio em que o paciente se encontra.

Um evento de particular importância na história da integração em psicoterapia foi a formação de uma organização dedicada especificamente para este propósito. Formou-se em 1983, a Sociedade para a Exploração da Integração em Psicoterapia

(*Society for Exploration of Psychotherapy Integration*; SEPI), com o objectivo de reunir todos os profissionais interessados nesta área. Esta sociedade internacional realizaria, a partir dessa data, conferências anuais nas quais reuniria clínicos e investigadores para que estes pudessem apresentar os seus trabalhos e promover uma plataforma de discussão e troca de ideias.

Foi também na década de 80 que surgiu o Modelo de Selecção Sistemática da Intervenção (Beutler e Clarkin, 1990). Este resultou, quer de uma profunda reflexão teórica, quer da integração de vários dados empíricos da investigação. Na exploração empírica da qual resultou o modelo de selecção sistemática da intervenção, podem-se identificar três momentos decisivos: (1) as revisões da literatura e adaptação dos princípios às evidências empíricas, (2) o desenvolvimento de investigações no sentido de perceber qual o papel que determinadas variáveis identificadas na primeira fase tinham nos resultados terapêuticos e (3) por fim, a formulação e verificação de hipóteses acerca das interações entre características do paciente e da intervenção, bem como as suas implicações nos resultados.

A postura do Modelo da Selecção Sistemática da Intervenção foi, segundo Moreira, Gonçalves e Beutler (2005), de abertura e de leitura atenta das evidências que a investigação produz. Neste sentido, foram dirigidos esforços à identificação de variáveis não-redundantes quer do paciente, quer do terapeuta, quer dos tratamentos, que fossem relevantes para os resultados terapêuticos. Uma extensa revisão bibliográfica, dirigida precisamente à identificação dessas variáveis, foi desenvolvida e resultou na modificação de alguns conceitos e princípios do modelo original, como Beutler e Clarkin (1990) o tinham apresentado. Essas modificações foram efectuadas em diversos domínios. Um deles foi na definição da complexidade do problema. Esta dimensão foi desdobrada em duas variáveis diferentes: o défice funcional e o sofrimento subjectivo. Segundo Beutler e Clarkin (1990), a investigação demonstrava que esta divisão era mais capaz de captar as diferenças individuais do que uma só categoria. O próprio conceito de complexidade do problema foi simplificado, passando a ser indissociável da cronicidade e da co-morbilidade. Em segundo lugar, a dimensão respeitante aos estilos de *coping* foi simplificada e transformada num *continuum* entre um estilo predominantemente externalizante e um predominantemente internalizante. Ainda, o suporte social ganhou relevo enquanto variável independente. Por fim, a resistência deixou de se referir apenas ao nível de oposição do paciente, mas foi

conceptualizado como um *continuum* entre oposição e submissão (Moreira, Gonçalves & Beutler, 2005).

Após a revisão de literatura, tornou-se importante perceber qual o contributo destas variáveis para os resultados terapêuticos em estudos prospectivos. Nesse sentido, um estudo foi desenvolvido por Beutler et al. (1991) precisamente para determinar como é que as variáveis interagiam entre si e perceber quais as implicações para a selecção da melhor intervenção para determinado paciente.

A investigação e literatura recentes têm-se dedicado à exploração e identificação de princípios de mudança, isto é, formas de facilitação da mudança de um cliente, independentemente do modelo teórico do terapeuta e para além do diagnóstico do cliente (Beutler & Harwood, 2000; Norcross, 2002; Castonguay & Beutler, 2005). A contribuição destes princípios de mudança é no sentido da caracterização do “como” adequar um determinado tratamento a um determinado indivíduo.

## ***2.2 As características do paciente em psicoterapia***

Depois de meio século de investigação em psicoterapia, o corpo teórico e empírico que fundamentam as intervenções psicoterapêuticas encontra-se em claro crescimento (Lambert, 2004). O desenvolvimento de práticas baseadas na evidência (Chambless et al, 1996; Nathan & Gorman, 2002; Roth & Fonagy, 2006), que fundamentam as boas práticas clínicas, é uma realidade que tem marcado a psicoterapia no âmbito internacional. Contudo, algumas áreas têm recebido menos atenção ou, devido à sua complexidade, tem sido difícil recolher consensos sobre o seu efeito.

Segundo Clarkin e Levy (1994), não existem dois pacientes que comecem uma psicoterapia nas mesmas condições. Cada paciente é único em termos da amplitude e da gravidade dos seus problemas, tem a sua história de desenvolvimento única, as suas aquisições, as suas competências interpessoais, a sua capacidade intelectual, um estado de sofrimento específico e um desejo de mudança próprio que lhe são particulares.

Assim, muitas das características do paciente podem influenciar o desenvolvimento e o desfecho psicoterapêutico. Ao mesmo tempo, o comportamento do paciente em psicoterapia pode ser influenciado pelas características do psicoterapeuta, dado que o processo psicoterapêutico é um fenómeno interpessoal. (Clarkin & Levy, 1994)

A investigação sobre a eficácia de intervenções com base em ensaios clínicos tem-se centrado nas questões do diagnóstico do paciente e nas técnicas psicoterapêuticas, remetendo para um segundo plano os aspectos idiossincráticos do paciente que poderão ainda ser mais preditores de mudança e das tomadas de decisão em psicoterapia. No entanto, estudos longitudinais que compararam diferentes formas de tratamento para perturbações diferentes revelaram poucas diferenças nos resultados baseados simplesmente nas técnicas psicoterapêuticas, sendo que a ausência de diferenças significativas entre modelos psicoterapêuticos tem sido largamente replicada em diversos estudos (Luborsky, Singer & Luborsky, 1975; Luborsky et al. 2002; Wampold et al, 1997).

Já autores como Bergin e Lambert (1979) e Frank (1979) haviam afirmado que a maior proporção de variância nos resultados psicoterapêuticos advém das características e qualidades dos pacientes. Posteriormente, Lambert (1992) estimou que cerca de 40% das melhorias em psicoterapia pudessem ser atribuídas às variáveis dos pacientes e a influências extra-terapêuticas.

Estes dados sugerem que o estudo das variáveis do paciente pode ter muito a oferecer-nos para o estudo da eficácia em psicoterapia. Assim, a identificação dos dados clínicos pré-mórbidos e as características da personalidade podem ajudar os terapeutas a conduzirem as suas opções e métodos psicoterapêuticos com base nas necessidades dos diferentes tipos de pacientes.

Os esforços mais sistemáticos e concertados para isolar um conjunto de características específicas de variáveis dos pacientes e demonstrar a sua influência no decurso e nos resultados da psicoterapia têm sido resultantes do trabalho Beutler e os seus colegas. Beutler, Clarkin e Bongar (2000) documentaram recentemente os passos para a identificação das características dos pacientes que potencialmente podem estar relacionadas com o processo psicoterapêutico e os seus resultados. Em primeiro lugar, como foi referido anteriormente, foi efectuada uma revisão da literatura empírica e teórica. Em segundo lugar, foi desenvolvida uma lista de variáveis não-diagnósticas do paciente com possível impacto no processo terapêutico.

Posteriormente Beutler e os seus colegas desenvolveram um estudo prospectivo, usando as variáveis dos pacientes identificadas na literatura, para poderem prever os resultados psicoterapêuticos (Beutler, Moleiro, Malik, & Harwood, 2003a; Beutler et al, 2003b). As seis variáveis identificadas e escolhidas para investigação foram: o défice funcional, o sofrimento subjectivo, a apoio social, a complexidade/cronicidade do

problema, a resistência do paciente e o estilo de *coping*. Estas variáveis relacionam os problemas do paciente e a sua psicopatologia (complexidade/cronicidade, défice funcional), com a forma como o paciente responde a estas dificuldades (sofrimento subjectivo, resistência e estilos de *coping*), e com a natureza do contexto interpessoal do paciente (apoio pessoal).

### **2.2.1. Déficit funcional**

No que diz respeito à variável déficit funcional do paciente, esta pode ser observada nas dificuldades do funcionamento diário dos pacientes. Segundo Moleiro (2005) os sintomas, perturbações e traços de personalidade disfuncionais variam no grau em que afectam negativamente o funcionamento de um indivíduo. O déficit funcional refere-se à (in)capacidade de desempenho nos principais papéis sociais ou inter-pessoais (ex. trabalho, académico, familiar, social, legal) e na actividade intrapsíquica (ex. regulação do self, auto-imagem) (Beutler, Clarkin & Bongar, 2000, citados por Moleiro, 2005). A revisão da literatura feita por Beutler, Clarkin e Bongar (2000) sugere as seguintes indicações: o nível de déficit funcional está negativamente correlacionado com o prognóstico em geral (ou seja, não é por o paciente ter um elevado nível de déficit funcional que terá piores resultados terapêuticos); o nível de déficit funcional pode ser um indicador para a aplicação de uma terapia intensiva de longo curso, particularmente quando centrada nos relacionamentos interpessoais; e por último, quanto maior for o nível de déficit funcional, maior a indicação para a combinação com farmacoterapia. Contudo, e segundo Hollon (1990) altos níveis de déficit funcional não contra-indicam o uso de intervenções psicossociais mas podem sugerir o uso de farmacologia e de intervenção psicossocial (Hollon, 1990).

Os tratamentos mais intensivos podem ser determinantes em pacientes com elevado déficit funcional para estabilizar ou manter os efeitos positivos iniciais do tratamento. Um déficit funcional moderado ou severo pode ser indicador para que o clínico tenha papel activo no ensino de competências sociais, e ainda para procurar oportunidades no meio ambiente do paciente onde ele possa desenvolvê-las (Moreira, Gonçalves, Beutler, 2005).

A segurança do paciente e daqueles que o rodeiam são centrais para a decisão do contexto de tratamento. A capacidade do paciente para conduzir tarefas primárias é também um tema central (Moreira, Gonçalves, Beutler, 2005).



Na consideração do défice funcional, é importante considerar a severidade do problema, uma vez que estão frequentemente associados. Assim, e segundo Moreira, Gonçalves e Beutler (2005) uma avaliação cuidada desta variável é necessária de forma a contribuir para a selecção do tratamento mais eficaz.

### ***2.2.2. Sofrimento subjectivo***

No que concerne à variável sofrimento subjectivo do paciente, convém em primeiro lugar referir que embora muitas vezes este possa ser associado ou até mesmo confundido com o défice funcional, estes dois conceitos são diferentes e têm implicações diferentes para o tratamento. O sofrimento do paciente significa um estado interno de um indivíduo e não um desempenho objectivo e, numa perspectiva teórica e clínica, é assumido que tem propriedades motivacionais (Frank & Frank, 1991) Algum sofrimento e desconforto são assumidos como sendo necessários como factor de manutenção do envolvimento do paciente no tratamento. (Moreira, Gonçalves, Beutler, 2005)

O sofrimento subjectivo é relativamente independente do diagnóstico específico, e representa um estado de transição para o bem-estar. O sofrimento subjectivo é um estado capaz de ser alterado, e pode estar relacionado com a intensidade dos sintomas. Contudo, não parece estar tão fortemente associado nem à sintomatologia específica nem ao prejuízo funcional (Lambert, 1994; Strupp, Horowitz & Lambert, 1997).

A revisão da literatura feita por Beutler, Clarkin e Bongar (2000) fornece um suporte moderado para a assunção de que o sofrimento é motivacional e atravessa várias desordens. Segundo estes autores, os resultados mais positivos obtidos nos tratamentos psicossociais têm sido obtidos entre pacientes que apresentam níveis de sofrimento subjectivo de moderado a elevado no início do tratamento.

Segundo Moreira, Gonçalves e Beutler (2005), algum sofrimento parece ser importante para garantir que o paciente se comprometa com a terapia e participe activamente. No entanto, esta relação não é linear, uma vez que o sofrimento subjectivo inicial muito elevado pode limitar a velocidade e magnitude do processo terapêutico em pacientes cuja depressão é acompanhada, quer por uma desordem da personalidade, quer por uma desordem somática. Por outro lado, estes autores referem que entre pacientes com níveis baixos de sofrimento subjectivo no início de tratamento, os que apresentam uma Perturbação de Somatização parecem ser aqueles que mais beneficiam

do processo terapêutico, principalmente se este for de orientação comportamental, já que pode favorecer a auto-regulação. Padrões semelhantes foram encontrados em pacientes que apresentavam cefaleias crônicas. Segundo Moreira, Gonçalves e Beutler (2005) este tipo de pacientes, quando com baixos níveis de sofrimento subjectivo, parecem estar mais capazes a envolver-se com eficácia a procedimentos de relaxamento auto-monitorizado, do que os que apresentam níveis iniciais de sofrimento relativamente altos.

Estudos de Beutler e col. (1996) permitiram aos autores concluir que os níveis de sofrimento subjectivos experienciados pelos pacientes no início do tratamento são um bom preditor de resultados positivos entre os pacientes acompanhados em terapia de suporte e auto-dirigida. O mesmo não aconteceu com pacientes que foram acompanhados em processos terapêuticos mais activos, nomeadamente de orientação Cognitiva e Experienciais. No mesmo sentido, encontram-se os resultados obtidos por McLean e Taylor, já que pacientes com níveis elevados de sofrimento subjectivo, quando acompanhados por sintomas somáticos de sofrimento, tendem a responder melhor a psicoterapias não directivas. Por outro lado, quando o nível de sofrimento subjectivo no início do tratamento é elevado mas não acompanhado por sintomas somáticos, a terapia comportamental gerava maiores ganhos do que as restantes terapias (1992).

De acordo com Moreira, Gonçalves e Beutler (2005), as implicações dos vários estudos, que analisaram a relação entre sofrimento subjectivo e resultados terapêuticos para a selecção do melhor tratamento para cada paciente, prendem-se essencialmente com: níveis moderados de sofrimento subjectivo são importantes para manter o compromisso do paciente com o tratamento; níveis elevados de sofrimento subjectivo no início do tratamento sugerem a opção por uma terapia de suporte e auto-dirigida; e níveis elevados de sofrimento subjectivo quer no início quer ao longo do tratamento parecem ser uma indicação para intervenções interpessoais, incluindo, quando possível, a modalidade de terapia de grupo ou terapia familiar (Beutler e colegas, 2000).

### ***2.2.3 Apoio social***

No que diz respeito ao apoio social do paciente, este pode ser definido enquanto sentimento subjectivo de vinculação aos outros no nosso ambiente, a identificação como parte de um grupo, e/ou a existência de pessoas com quem se pode contar para a

resolução de problemas diversos ou suporte afectivo em altura de desconforto emocional. (Moleiro, 2005) Mais do que o apoio social objectivo (ex. número de indivíduos na rede social próxima), o apoio subjectivo tem sido significativamente associado à qualidade de vida e bem-estar tanto na população não-clínica (ex. Moreira, Bernardes, Andrez, et al, 1998), como na população clínica (ex. Sherbourne, Hayes & Wells, 1995).

Embora a rede de apoio social seja de certa forma externa ao paciente, deve ser referido que o paciente tem um papel de enorme relevância no desenvolvimento (ou na destruição) desta mesma rede de suporte.

Existem evidências significativas de que o apoio social, especialmente o apoio subjectivo pode ser como uma almofada para recaídas, e também melhora o prognóstico. (George, Blazer & Hughes, 1989; Hooley & Teasdale, 1989; Longabaugh, Beattie, Noel, Stout & Malloy, 1993; Moos, 1990; Zlotnick, Shea, Pilkonis; citados por Clarkin & Levy, 1994).

Outros estudos têm indicado que um bom apoio social percebido promove os benefícios em psicoterapia e concomitantemente diminui a probabilidade das recaídas (Beutler, Clarkin & Bongar, 2000). Sendo que baixos níveis desse tipo de apoio podem constituir um indicador para uma intervenção mais longa e para construir como objectivo terapêutico estratégico, uma rede de suporte às mudanças conseguidas em terapia. Ao mesmo tempo, a existência de uma rede social natural percebida como apoiante pode constituir contra-indicação para uma psicoterapia de longa duração. (Moleiro, 2005)

#### ***2.2.4 Complexidade do problema***

No que concerne à variável complexidade/cronicidade dos problemas dos pacientes, Moreira, Gonçalves, Beutler (2005) salientam que a complexidade pode estar relacionada com factores de co-morbilidade, perturbações de personalidade e cronicidade ou recorrência de sintomas depressivos. Assim, as variações na dimensão da complexidade/cronicidade podem ser conceptualmente semelhantes à distinção entre condições endógenas e exógenas. Desta forma, a complexidade de um problema pode ser aferida a partir de indicadores como a recorrência, persistência, cronicidade, co-morbilidade e distúrbios mais gerais no relacionamento interpessoal (Beutler, Clarkin & Bongar, 2000). Isto é, a complexidade do problema do paciente pode ser aferida pela

presença de pelo menos um dos seguintes quatro critérios: (1) duas ou mais perturbações do eixo I; (2) três ou mais episódios recorrentes de uma mesma perturbação; (3) comorbilidade do eixo II; (4) uma incapacidade crónica de manter o funcionamento pessoal e interpessoal que excede dois anos e afecta múltiplos contextos. (Beutler, Clarkin & Bongar, 2000)

### **2.2.5 Resistência**

No que respeita à variável resistência do paciente, Moreira, Gonçalves e Beutler (2005) referem que a resistência é a atitude resultante da defensividade. Ou seja, pacientes muito defensivos tenderão a ser mais resistentes do que pacientes pouco defensivos. Estes mesmos autores chamam a atenção para a distinção entre defensividade como traço e defensividade como estado. Estas duas manifestações de defensividade não são lineares entre si, já que um indivíduo pode ser geralmente pouco defensivo (traço) e estar, numa circunstância particular (estado) muito defensivo. Assim, é necessária uma particular atenção a este aspecto de forma a se optimizarem os resultados terapêuticos (Beutler et al., 2000)

Revisões da literatura (Beutler, Clarkin & Bongar, 2000; Castonguay & Beutler, 2006) têm revelado uma relação entre esta característica dos clientes e o resultado da terapia, bem como o seu papel mediador do grau de estrutura e directividade da intervenção. Assim, um resultado sistemático encontrado na investigação, segundo Moreira, Gonçalves e Beutler (2005), tem sido o facto de a resistência constituir um preditor de pior prognóstico. Isto é, os pacientes que tendem a resistir às intervenções ou ao terapeuta beneficiam da psicoterapia em menor grau do que aqueles que são mais colaborantes e aderentes. Deste modo, um dos princípios de mudança identificados pelo grupo de trabalho liderado por Castonguay e Beutler (2006) afirma que as intervenções mais eficazes são aquelas que não induzem a resistência dos pacientes, reconhecendo que na psicoterapia de clientes mais resistentes, o uso de intervenções menos directivas será mais eficaz, assim como a utilização de maior directividade e estrutura da parte do terapeuta será mais benéfico para clientes menos resistentes.

### 2.2.6 *Estilo de coping*

No que concerne à variável estilo de *coping* dos pacientes, Moleiro (2005) define esta variável como um conjunto de estratégias habituais de um indivíduo interagir com os outros numa variedade de situações, em especial novas ou problemáticas, bem como de atingir objectivos desejados ou evitar experiências indesejadas. Estas preferências manifestam-se quer de forma consciente, quer inconsciente. Segundo Moleiro (2005) trata-se, por isso, de uma dimensão ou traço de personalidade, mais ou menos flexível. Assim, embora tenham um valor adaptativo, pretendendo promover a adaptação ao ambiente em que se encontra uma determinada pessoa, por vezes estes mecanismos tornam-se disfuncionais.

Muito embora várias categorizações e classificações de estilos de *coping* tenham sido propostas, a literatura clínica recente tem convergido para a utilização de uma dimensão contínua, entre um estilo externalizante e um estilo internalizante (Beutler, Clarkin & Bongar, 2000). O primeiro caracteriza-se por impulsividade ou mesmo agressividade, orientação para a tarefa ou a acção, extroversão, procura de estimulação e/ou prazer, projecção, evitamento directo, e baixo *insight*. Por outro lado, o segundo é pautado pela introversão, auto-punição e auto-crítica, preocupação, compartimentalização, contenção e inibição, auto-controlo, isolamento e reflexão. (Moleiro, 2005)

Vários estudos têm explorado a forma como o estilo de *coping* definido neste contínuo de externalizante a internalizante, tem impacto sobre o processo e o resultado da terapia. Efeitos principais entre estilo de *coping* e resultados da psicoterapia não foram encontrados, já que um prognóstico reservado tem sido associado tanto a elevados níveis de externalização e o locus de controlo externo, como também a variáveis internalizantes (Castonguay & Beutler, 2006). No entanto, a investigação tem sistematicamente encontrado efeitos de interacção entre *coping* e intervenção, ou seja, o estilo de coping interage com diferentes tipos de intervenções em termos do seu impacto no resultado terapêutico para o tratamento da depressão (ex. Beutler, Machado, Engle & Mohr, 1993), consumos excessivos de substâncias (ex. Karno, 1997) ou mesmo populações co-mórbidas (Moleiro, 2003).

Moleiro (2005) refere que clientes externalizantes parecem beneficiar mais de intervenções orientadas para a modificação comportamental, a redução de sintomas e a aprendizagem de novas competências e controlo de impulsos, do que intervenções

dirigidas ao *insight* e ao auto-conhecimento. Paralelamente, clientes internalizantes tendem a demonstrar mais benefícios terapêuticos quando as intervenções promovem a compreensão de si próprios e das relações interpessoais, o *insight* e a auto-estima, do que quando o tratamento tem por objectivo a mudança directa de sintomas e de competências comportamentais.

Neste sentido, Moleiro (2005) demonstrou que este ajustamento do foco da intervenção terapêutica ao estilo de *coping* dos clientes no início da terapia beneficia não só a mudança no final da mesma, como também promove a qualidade da própria relação terapêutica durante o processo.

### **2.2.7 Estilo de vinculação**

Uma outra variável cujas implicações têm sido consideradas importantes designadamente para a psicoterapia de adultos é o estilo de vinculação. (Meyer & Pilkonis, 2002)

Neste âmbito tem sido explorada a relação entre o estilo de vinculação do paciente e o resultado terapêutico; a associação entre vinculação e qualidade da relação terapêutica; a mudança do estilo de vinculação do paciente com a própria psicoterapia; e por fim os impactos do estilo de vinculação do terapeuta para o processo. Na primeira linha de investigações, alguns estudos parecem indicar que os pacientes com vinculações seguras beneficiam mais da psicoterapia, sendo que os dismissivos podem necessitar de intervenções mais activas na promoção da expressão emocional e os preocupados podem necessitar de maior contenção afectiva (Meyer & Pilkonis, 2002). Ainda, a investigação também sugere que o estilo de vinculação do paciente, ao influenciar a sua representação do self e dos outros em relação consigo, tem consequências sobre a capacidade de estabelecer uma aliança terapêutica positiva. Assim, após um processo terapêutico, com duração mínima de um ano, mudanças no estilo de vinculação dos pacientes, inicialmente inseguros, têm sido encontradas, na direcção de maior estabilidade e segurança (ex. Travis, Blinwise, Binder, et al, 2001). Por fim, uma vinculação segura do terapeuta parece ser facilitadora do processo terapêutico (Castonguay & Beutler, 2006), salientando mais uma vez a importância das características do terapeuta enquanto participante do processo terapêutico.

### ***2.2.8 Estádio de mudança***

Alguns estudos têm encontrado uma associação entre o estágio de mudança em que o paciente se encontra e os resultados terapêuticos. No entanto, são poucos ainda os que exploraram a sua ligação com intervenções terapêuticas específicas. (Moleiro, 2005) Segundo o modelo transteórico (Prochaska & Norcross, 2002), a mudança é conceptualizada enquanto um processo faseado ao longo do tempo, numa progressão de estádios, a saber, pré-contemplação, contemplação, preparação, acção e manutenção. De acordo com este modelo, em diferentes estádios, processos ou mecanismos de mudança distintos serão mais ou menos facilitadores do progresso do paciente.

Os investigadores têm encontrado uma relação positiva entre o estágio de pré-contemplação e a desistência prematura da psicoterapia, e negativa com o resultado terapêutico (Prochaska & Norcross, 2002) De acordo com a revisão de literatura liderada por Castonguay e Beutler (2006), os fumadores e os abusadores de álcool que se encontrem num estágio de mudança mais avançado no modelo transteórico têm mais probabilidade de beneficiar da terapia. Também no caso de perturbações disfóricas e da ansiedade, nomeadamente nos sintomas traumáticos, as mudanças comportamentais são mais comuns entre os clientes em fase de acção do que pré-contemplação.

### ***2.2.9. Princípios de Mudança em Psicoterapia baseados no Modelo Integrativo de Selecção Sistemática***

Em seguida apresentamos alguns dos princípios de mudança propostos por Beutler e Harwood (2000):

1. “O prognóstico está positivamente relacionado com o suporte social, e negativamente associado ao défice funcional observado ou gravidade do quadro clínico.
2. A probabilidade e magnitude de mudança são aumentadas nos clientes com problemas mais complexos ou crónicos pela utilização de intervenções com múltiplos indivíduos (grupo, família e casal).
3. Os clientes com maior défice funcional beneficiam de intervenções mais intensas (maior duração, maior frequência, mais modalidades de intervenção, incluindo medicação).

4. A mudança terapêutica será maior quando o terapeuta é competente e promove a confiança, aceitação, validação, colaboração e respeito na relação com o cliente, e o faz num ambiente apoiante e que promove maior segurança.
5. A mudança terapêutica é mais provável quando o cliente é, de alguma forma, exposto a objectos ou alvos de evitamento comportamental ou emocional.
6. A mudança terapêutica é maior quando o equilíbrio relativo das intervenções favorece o uso de técnicas dirigidas à eliminação de sintomas ou aprendizagem de competências com clientes externalizadores, ou, favorece o uso de técnicas dirigidas para o insight e para a relação terapêutica com internalizadores.
7. A mudança terapêutica é maior quando a directividade do terapeuta e das intervenções está inversamente relacionada com o nível de reactância do cliente.
8. A probabilidade de mudança terapêutica é maior quando o nível de desconforto emocional do cliente é moderado, isto é, não é nem excessivamente elevado, nem excessivamente baixo. Decorre deste princípio que deve ser feito o uso de intervenções ou técnicas que promovam a diminuição da activação e/ou desconforto emocional com clientes cuja activação é muito elevada, e o aumento da experiência emocional com aqueles que denotam pouca ou nenhuma activação.”

### ***2.3 A Integração em Psicoterapia em Espanha***

Num estudo recentemente levado a cabo por um amplo grupo de investigadores em Espanha (Alonso, Ávila, Caro, Coscollá, Rodriguez, Orlinsky, 2006) ficou patente que a orientação teórica dos psicoterapeutas espanhóis ainda não se pode caracterizar pelo eclectismo, e que a relevância dos chamados modelos únicos ainda não diminuiu. Convém chamar a atenção para duas assunções básicas que orientaram este estudo: em primeiro lugar, pressupõe que a psicologia e que a psicoterapia são influenciadas pelo seu contexto cultural (Alonso, Ávila, Caro, Coscollá, Rodriguez, Orlinsky, 2006). Em segundo lugar, que os recentes desenvolvimentos culturais se podem caracterizar por dois períodos históricos, o modernismo e o pós-modernismo, os quais pressupõem conceitos contrastantes entre a teoria e a prática clínica. No que diz respeito à primeira



assunção, Caro (1993) afirma que esta decorre do facto de que a psicoterapia é uma ciência trans-histórica e que, portanto, se constitui como um produto cultural, tanto teórico como prático. Sendo assim, a psicoterapia não pode ficar fora de debates, de controvérsias e de polémicas que se inscrevem nos respectivos períodos históricos e socioculturais. Partindo desta perspectiva, assume-se que, se existe uma mudança no paradigma cultural, como a passagem do modernismo para o pós-modernismo, esta também se deve reflectir na forma como a psicoterapia é praticada. Isto é, este grupo de investigadores procurou clarificar e definir os conceitos de modernismo e pós-modernismo para depois perceber em que paradigma é que os psicoterapeutas espanhóis de encontravam. Procuraram também diferenciar integração de ecletismo numa base cultural e epistemológica. Assim, segundo estes autores, o fenómeno integração é uma tendência cultural do modernismo e o ecletismo será uma tendência cultural do pós-modernismo.

Tendo por base os trabalhos de Kvale (1992) e de Gergen (1992) (citados por Alonso et al, 2006), estes investigadores definiram o fenómeno integrativo através das seguintes características: (1) a crença na teoria (isto é, os terapeutas integrativos precisam duma teoria que guie o seu trabalho, precisam de princípios gerais que lhes permitam estabelecer predições); (2) a epistemologia moderna pretende ultrapassar as diferenças teóricas através do consenso e que o resultado final da integração será um modelo teórico melhor (que será depois aceite por todas escolas teóricas envolvidas); (3) os psicoterapeutas integrativos acreditam na legitimação externa do conhecimento através do método empírico e consideram que o uso do método científico deve ser impessoal e livre de valores; e por fim, (4) os terapeutas vêem-se como peritos, com autoridade e cuja função consiste em guiar os seus pacientes tendo por base os seus conhecimentos científicos.

Da mesma forma definiram o ecletismo através das seguintes características: (1) o eclectismo reflecte a tendência do pós-modernismo para a defesa do funcionalismo extremo, aplicando o lema: “deve-se aplicar o que resulta”; (2) esta prioridade pragmática leva o eclectismo a evitar as grandes narrativas da teoria modernista e a defender, em vez, as micro-narrativas ou micro-modelos (ou seja, a perspectiva de que o mundo é demasiado complexo para ser compartimentado e que existem muitas vozes e perspectivas); (3) a defesa pós-modernista da pluralidade de perspectivas conduz a uma visão fragmentada da realidade e a uma mistura cultural ecléctica (isto é, o eclectismo pede emprestados os seus elementos doutros sistemas e combina-os sem prestar atenção

a qualquer princípio); (4) o eclecticismo partilha uma perspectiva construtivista (isto é, a percepção que o terapeuta tem do paciente não é considerada uma reflexão da realidade mas uma construção cognitiva, ou seja, uma interpretação relativa); (5) para os terapeutas ecléticos a legitimação da sua prática depende das necessidades específicas que existem em cada momento particular; assim, (6) todas estas características levam a que o terapeuta não seja considerado o detentor da verdade absoluta. As descrições dos psicoterapeutas deixam de ser vistas como sendo mais válidas do que as dos pacientes, sendo que ambas contribuem para a psicoterapia com os seus mundos teóricos e assunções. (Caro, 1999)

Os resultados desta investigação conduzida em Espanha indicaram que os terapeutas espanhóis tendem para a fundamentação dos modelos teóricos que usam na condução das suas práticas clínicas. Este resultado, é consubstanciado pelo “(...) facto de que actualmente não se encontram terapeutas cépticos ou terapeutas que confiem pouco nos seus modelos” (Alonso, Ávila, Caro, Coscollá, Rodriguez, Orlinsky, 2006, p.413)

Assim, este grupo de investigadores concluiu que a maioria dos psicoterapeutas espanhóis ainda conduz as suas práticas psicoterapêuticas através duma epistemologia modernista. Por outras palavras, estes mesmos psicoterapeutas ainda não prescindiram de procurar os mecanismos de mudança terapêutica, a assunção de leis universais e a legitimação exterior das suas teorias. Assim, estes autores concluem que ainda existe uma crença significativa nas narrativas e nos grandes sistemas de pensamento (Alonso, Ávila, Caro, Coscollá, Rodriguez, Orlinsky, 2006).

Alonso, Ávila, Caro, Coscollá, Rodriguez, Orlinsky (2006) referem que o eclecticismo, tal como definido pelos próprios, não constitui a principal orientação teórica no panorama actual da psicoterapia em Espanha, representando menos de 2% da amostra desta investigação. Assim, pode-se inferir que o trabalho psicoterapêutico em Espanha ainda não é conduzido significativamente através duma atitude eclética e pragmática.

## ***2.4 A Integração em Psicoterapia em Portugal***

O movimento da integração em psicoterapia tem conhecido, em Portugal, nos últimos anos avanços bastante significativos. Estes avanços têm sido levados a cabo por um grupo de psicoterapeutas e investigadores, designadamente pelo contributo de Vasco (1999, 2003, 2008).

Segundo um estudo desenvolvido por Vasco (1999), pode-se dizer que as orientações teóricas mais comuns em Portugal são a analítica/dinâmica e a cognitiva/comportamental, com uma representatividade de cerca de 30% para cada uma. Existe uma menor percentagem de psicoterapeutas, cerca de 11%, que usam modelos teóricos de cariz sistémico e Rogeriano. Assim, tendo em conta esta pesquisa (Vasco, 1999) estima-se que existem cerca de 18% de psicoterapeutas que se identificam como integrativos.

Vasco (1999) explanou ainda no seu estudo as diversas formas como os psicoterapeutas combinam as diferentes orientações: cognitivo-comportamental/humanística (13.22%); psicodinâmica/sistémica (11.5%); cognitivo-comportamental/sistémica (10.4%); e psicodinâmica/humanística (9.3%).

Dada a proliferação de modelos integrativos e a necessidade de articulação de modelos existentes (Vasco, 2001), designadamente de carácter integrativo, chamamos a atenção para o metamodelo designado por “complementaridade paradigmática” (Vasco & Conceição, s.d.) Este metamodelo atribui igual importância ao recurso, sequencial e complementar, a instrumentos de avaliação, conceptualização e intervenção oriundos de diferentes orientações teóricas, com o objectivo de aumentar a compreensão e eficácia terapêuticas. Este metamodelo é composto por quatro componentes, a saber: a) “princípios gerais de mudança terapêutica” (o “quê” da terapia); b) a aliança terapêutica (o “estar” em terapia); c) “conceptualização do paciente e do problema” (o “quê” mais o “como” da terapia); d) “sequência temporal de fases relativas a objectivos (o “quando” da terapia; Vasco & Conceição, s.d.).

Segundo um estudo recente levado a cabo por Vasco, Santos & Silva (2003) sobre a eficácia da psicoterapia em Portugal, pode-se dizer que esta é de uma forma geral eficaz. Nesta investigação como uma amostra de 4893 questionários válidos, os modelos de intervenção mais frequentemente referidos para o tratamento de questões relacionadas com a saúde mental foram o psicofarmacológico (46.9%) e o cognitivo-comportamental (29.4%). É de salientar porém, que 11.6% da amostra não soube

identificar qual o modelo psicoterapêutico que seguiu, apesar da definição proposta no questionário. Os resultados deste estudo indicaram que em 76.3% dos respondentes que recorreram a psicólogos referem ter melhorado com a terapia, sendo que 22.7% não verificaram qualquer alteração no seu estado emocional e 1.0% registaram uma deterioração no mesmo. Estes valores não diferem muito dos calculados para os psiquiatras, nos quais 71.4% referiram ter melhorado, 27.8% afirmaram não terem tido qualquer efeito terapêutico e 0.8% pioraram com o tratamento. No que diz respeito aos valores encontrados para os médicos de família estes foram substancialmente inferiores: 42.7% não sofreram qualquer mudança com a intervenção destes profissionais, em 6.9% dos casos verificou-se uma deterioração do estado geral do funcionamento, sendo que apenas 50.4% referiram ter beneficiado com o tratamento.

Vasco, Santos e Silva (2003) afirmaram que embora os médicos de família não tenham o mesmo tipo de responsabilidades que os psicólogos ou psiquiatras no que toca ao apoio psicológico, estes dados são preocupantes quando relacionados com o facto de, em 56.9% dos casos que procuram ajuda no médico de família e cuja severidade inicial em termos de perturbação emocional ou natureza da perturbação (nomeadamente ataques de pânico, ou abuso de álcool ou de drogas), este profissional não ter recomendado (nem referenciado) um profissional de ajuda psicológica. Todavia, Vasco, Santos e Silva (2003) referiram que os resultados da sua investigação apontam para um quadro optimista relativamente à satisfação da população com os resultados da psicoterapia.

Num outro estudo levado a cabo por Vasco, Santos e Silva (2003) sobre as características dos psicoterapeutas portugueses, com uma amostra de 190 participantes, estes constataram que a orientação teórica mais frequente foi a cognitiva-comportamental (30.2%), seguida, de perto, pela analítica-psicodinâmica (29.1%), e pela eclética (18.1%). Neste estudo um menor número de terapeutas referiu ser sistémico (11.5%) e humanista (11%). Esta investigação revelou que a prática psicoterapêutica se efectua principalmente em contexto liberal, com uma média de 14 pacientes que se situam, em média entre os 20 e os 49 anos. O grau de severidade dos pacientes é, essencialmente ligeiro ou grave, verificando-se um reduzido número de pacientes com severidade mínima ou muito grave.

Vasco, Santos e Silva (2003, p. 493) traçaram o perfil do psicoterapeuta português da seguinte forma: “(...) é do sexo feminino, tem formação pós-graduada com uma duração de cinco anos, de orientação essencialmente psicodinâmica ou cognitiva,

fez terapia pessoal, considerando-a muito importante para a prática clínica, exerce em regime liberal, na modalidade individual ou familiar, e os seus pacientes são maioritariamente adultos (entre os 20 e os 50 anos) com sintomatologia ligeira ou grave. “Estes autores chamam a atenção para o facto que se tomarmos como termo de comparação um estudo anterior sobre as características dos psicoterapeutas portugueses (Vasco, 1994), existem algumas diferenças dignas de destaque:”(...) o aumento significativo do número absoluto de terapeutas; o aumento da desproporção entre terapeutas femininos e masculinos – maior número de terapeutas do sexo feminino; um maior número de terapeutas psicólogos, comparativamente às outras profissões; um aumento do tempo de treino formal; um aumento do número de terapeutas em supervisão; um aumento do número de terapeutas que recorre a terapia pessoal; um aumento do tempo médio de experiência dos psicoterapeutas; um aumento do número de terapeutas em prática privada; e um aumento do número de terapeutas que se consideram integrativos.” (Vasco, Santos & Silva, 2003, p. 493)

Mais recentemente, Vasco (2008) afirmou que o número de terapeutas que se consideram integrativos em Portugal pode ascender a mais de 25%, dependendo da forma como se define integração. Na sua investigação usando um critério bastante exigente, obteve o valor de 18% (escolhendo valores acima de 3 numa escala de 0-5, sendo que as orientações teóricas da mesma família não foram consideradas separadamente como a cognitivo-comportamental). Todavia, se o critério não fosse tão rigoroso, este valor poderia situar-se por volta dos 80%.

Sendo assim, pode-se afirmar que existe um interesse cada vez mais florescente e uma maior aceitação das perspectivas integrativas em Portugal.

### **3. Definição do Problema e Objectivos**

A literatura especializada na área da integração em psicoterapia revela que há um aumento significativo do número de terapeutas que se identificam enquanto integrativos ou ecléticos, ou que de algum modo fazem uso de técnicas e/ou conceitos derivados de distintos modelos teóricos em psicoterapia. No entanto, a revisão da literatura denota que o aumento do número de modelos integrativos em psicoterapia foi igualmente significativo. Paralelamente, pouco sabemos acerca da forma como estes terapeutas integrativos efectivamente fazem essa integração.

Simultaneamente, a literatura sobre investigação em psicoterapia das últimas décadas tem salientado o papel das práticas baseadas na evidência, através do enfoque nas intervenções suportadas por estudos empíricos (Chambless et al, 1996; Nathan & Gorman, 2002; Roth & Fonagy, 2006). Nesse sentido, Castonguay e Beutler (2005) propuseram um conjunto de princípios de mudança empiricamente validados. Estes constituem um trabalho de um conjunto de *experts* que derivou dos princípios do modelo de selecção sistemática, expandido para diferentes diagnósticos: perturbações depressivas, ansiosas, de abuso de substâncias e de personalidade.

Desta forma, o presente estudo tem como objectivo geral contribuir para o aprofundamento da temática da integração em psicoterapia no que se refere à exploração da forma como psicoterapeutas portugueses fazem uso de princípios de mudança empiricamente validados, por forma a serem mais responsivos com cada cliente.

É o nosso objectivo compreender (1) como é feita a integração, (2) se essa é feita de forma sistemática, (3) de forma baseada nos conhecimentos empíricos da investigação em psicoterapia respondendo às características de cada paciente em particular.

## 4. Método

### 4.1 Participantes

A presente amostra foi constituída por 65 participantes, dos quais 62 eram psicólogos (95%), dois eram psiquiatras (3%) e uma participante era assistente social (1.5%). Estes psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais exerceram a sua prática clínica na área metropolitana da Grande Lisboa e foram contactados através das instituições onde trabalham, como hospitais, centros de saúde e consultórios particulares; ou através das Sociedades ou Associações de Psicoterapia onde receberam formações clínicas específicas ou treino psicoterapêutico.

Os participantes apresentaram um mínimo de experiência clínica de 6 meses (equivalente ao estágio académico) e um máximo de 20 anos, sendo que a média de anos de prática foi de cinco anos e sete meses. Da totalidade dos participantes (65), 48 (78%) eram do sexo feminino e 16 (24%) do sexo masculino. A média de idades dos participantes foi de 32 anos.

Dos 65 participantes neste estudo, 33 eram psicoterapeutas (51%), um participante era psicanalista (1.5%) e outro assistente social (1.5%).

No que concerne às suas especialidades, pode-se afirmar que 57 dos participantes eram da área de clínica, dois eram da área da justiça mas com formação na área de clínica, e um dos participantes tinha especialização na área da pedopsiquiatria.

Relativamente ao treino dos participantes, 40 (62%) indicaram que se encontravam em treino e 25 (39%) referiram que não se encontram em treino. No que concerne à qualificação académica, 57 (88%) referiu possuir uma licenciatura e 8 (12%) dos participantes revelaram possuir o grau académico de mestrado. Dos 65 participantes neste estudo, 45 (69%) revelaram que pertencem a sociedades e 20 (31%) referiram que não pertencem a qualquer sociedade ou associação profissional.

No que diz respeito à orientação teórica dos participantes neste estudo (Tabela 1), pode-se afirmar que a maior parte referiu que se orienta actualmente por uma linha psicanalítica/psicodinâmica, sendo que em segundo e em terceiro lugares se apresentaram as linhas cognitiva e humanista, respectivamente, como sendo as mais utilizadas.

**TABELA 1 - Orientação Teórica Actual e Passada**

<b>Modelos de Orientação Teórica</b>	<b>Actual</b>		<b>Passada</b>	
	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>
Psicanalítica/Psicodinâmica	3.14	1.77	2.98	1.97
Comportamental	2.26	1.46	2.45	1.67
Cognitiva	2.91	1.4	2.68	1.69
Humanista	2.56	1.62	2.07	1.67
Teoria dos Sistemas	1.89	1.52	1.43	1.56
Outra	2.24	2.06	0.96	1.67
Integrativa/Eclética	3.21	1.33	-----	-----

Como pode ser observado na Tabela 1, numa escala de 0 a 5, a média dos participantes que referiram seguir actualmente uma orientação psicanalítica/psicodinâmica foi 3.14, com um desvio padrão de 1.77. A média relativa ao modelo teórico psicanalítico/psicodinâmico no início a sua carreira era 2.98, com um desvio padrão de 1.97.

No que concerne à média dos participantes que referiram seguir actualmente uma orientação teórica cognitiva, esta foi 2.91, com um desvio padrão de 1.4. A média relativa à sua orientação teórica cognitiva no passado foi de 2.68, com um desvio padrão de 1.69.

Relativamente à média dos participantes que referiram seguir actualmente uma orientação teórica humanista, esta é de 2.56, com um desvio padrão de 1.62. A média relativa à sua orientação teórica humanista no passado foi de 2.07, com um desvio padrão de 1.67.



No que respeita à média dos participantes que referiram seguir actualmente uma linha de orientação teórica comportamental, esta foi de 2.26, com um desvio padrão de 1.46. A média relativa à sua orientação teórica comportamental no passado foi de 2.45, com um desvio padrão de 1.67.

No que diz respeito à média dos participantes que referiram seguir actualmente uma orientação teórica sistémica, esta foi de 1.89, com um desvio padrão de 1.52. A média relativa à sua orientação teórica sistémica no passado foi de 1.43, com um desvio padrão de 1.56.

No que concerne à média dos participantes que referiram seguir actualmente uma orientação teórica integrativa/eclectica, esta foi de 3.21, com um desvio padrão de 1.33.

#### **4.2 Instrumento**

O instrumento utilizado na recolha dos dados foi um questionário de 12 páginas sobre as práticas dos psicoterapeutas portugueses constituído por perguntas de resposta aberta e fechada. Este questionário é apresentado em anexo.

Uma parte deste questionário foi baseada no “*SPR Collaborative Research Network*”, criado e dinamizado por David Orlinsky (Orlinsky et al., para publicação) na Universidade de Chicago e na tradução do mesmo pelo grupo de investigação coordenado por Vasco e colegas (2003), intitulado “Questionário Comum dos Psicoterapeutas”. A segunda parte do questionário foi desenvolvida com base no questionário de Beutler, intitulado “*STS Clinical Rating Form*” (Beutler, 2000), recentemente adaptado por Moreira, Gonçalves & Beutler (2005), denominado “Protocolo de Avaliação Clínica (PAC-SST)”.

No que concerne ao “Questionário Comum dos Psicoterapeutas”, este faz parte dum estudo internacional sobre a identidade e o desenvolvimento dos psicoterapeutas, que vem sendo conduzido desde 1989 pelo “*SPR Collaborative Research Network*” (CRN) da *Society for Psychotherapy Research*. Este estudo foi utilizado em mais de 16 países no “*International Study of the Development of Psychotherapists*” (Orlinsky & Ronnestad, 2004). Destacamos os estudos publicados em Portugal e Espanha por Vasco e colegas (2003), e por Ávila & Caro (2006), respectivamente. Este questionário é de auto-preenchimento e é composto por 440 itens, nos quais os psicoterapeutas respondem a questões sobre aspectos relativos ao seu treino profissional, experiência

profissional, desenvolvimento como terapeutas, terapia pessoal, orientação teórica, desenvolvimento actual, prática actual, trabalho terapêutico actual, características pessoais e opinião em relação à psicoterapia em Portugal.

No que respeita ao “Protocolo de Avaliação Clínica (PAC-SST)”, adaptado por Moreira, Gonçalves & Beutler (2005), este é constituído por 44 itens e é composto por várias secções, a saber: o historial do paciente, o suporte social, o sofrimento e severidade subjectivos, a complexidade do problema, a personalidade e estilo de *coping*, e por último, a resistência do paciente.

Relativamente ao instrumento utilizado para o nosso estudo, este foi composto por 63 itens e apresentou na sua constituição uma primeira parte de questões relativas aos dados demográficos, ao treino profissional, orientação teórica e prática psicoterapêutica actual, que foram baseados no “Questionário Comum dos Psicoterapeutas”, adaptado por Vasco e colegas (2003). O nosso objectivo nesta primeira parte do questionário foi a caracterização da amostra.

A segunda parte do nosso instrumento tinha como objectivo perceber se os psicoterapeutas fazem essa integração de forma baseada nos conhecimentos empíricos da investigação em psicoterapia respondendo às características de cada paciente em particular. Para tal, baseámo-nos no “Protocolo de Avaliação Clínica (PAC-SST)”, adaptado por Moreira, Gonçalves & Beutler (2005), no sentido de construirmos questões abertas em que os participantes pudessem referir como têm em conta nas suas intervenções psicoterapêuticas variáveis como o diagnóstico, o nível de sofrimento subjectivo, o défice funcional, a sensibilidade interpessoal, a complexidade do problema, a rede de apoio social, a resistência do paciente, o estilo de *coping*, o estilo de vinculação, o estilo de comunicação, o estágio de mudança e o *insight* dos pacientes. Em seguida apresentamos dois exemplos destas questões de resposta aberta: “Com que frequência considera o estágio de mudança (fase de preparação para efectuar mudanças) do paciente na escolha das intervenções psicoterapêuticas?”; e “Com que frequência considera o estilo de vinculação (representações internas das relações significativas que se reflectem nos comportamentos) do paciente na escolha das intervenções psicoterapêuticas?”. Estas questões de resposta fechada eram respondidas numa escala de Likert (Pais Ribeiro, 1999), de 0 a 5, mantendo a consistência no estilo de resposta com a primeira secção do questionário. No que diz respeito às questões de resposta aberta, estas tinham um espaço para os participantes poderem escrever as suas respostas, de acordo com a pergunta formulada.

O conteúdo e formulação dos itens integrantes da versão final do questionário foram elaborados após o pré-teste de uma versão “piloto”, junto de uma população constituída por quinze profissionais (psicólogos e psiquiatras). Por fim, essa versão foi apresentada a um conjunto de três *experts* que a criticaram, e só então a versão final foi elaborada.

#### **4.3 Procedimento**

Os questionários foram distribuídos em hospitais, centros de saúde, consultórios particulares e Associações ou Sociedade de Psicoterapia, na região metropolitana da Grande Lisboa. Aos participantes foi pedido para assinalarem as suas respostas, fazerem um círculo na melhor alternativa ou para elaborarem uma breve resposta escrita, sendo que não existiam respostas certas ou erradas. A participação dos psicoterapeutas foi voluntária, sendo assegurado o anonimato dos seus dados pessoais e das suas respostas, de acordo com os códigos de ética e deontológicos internacionais (APA, 2002; FEAP, 1995). Assim que os questionários estavam devidamente preenchidos, o investigador era chamado aos locais de entrega dos mesmos para proceder à sua recolha.

Os resultados quantitativos da medida foram analisados com recurso ao programa de análise estatística SPSS. Para isso, foram efectuadas medidas de estatística descritiva e inferencial, bem como realizadas análises das características da consistência interna do próprio questionário (alfa de Cronbach e correlações).

O processo de análise de dados qualitativos foi feito através da análise de conteúdo (Millward, 1995). Para esse efeito, todas as respostas a perguntas abertas foram transcritas. A análise de conteúdo pretendeu reduzir o texto a segmentos com significado. Desta forma, a análise de conteúdo contém dois aspectos importantes: (1) um elemento de carácter mais mecânico, que se prende com a divisão dos dados em unidades e sub-divisão ou organização em categorias; e (2) um outro elemento de carácter mais interpretativo, que envolve a determinação do significado destas categorias no que diz respeito aos objectivos do estudo (Millward, 1995). As categorias de informação foram derivadas de forma mista, isto é, por um lado, aberta à informação que surgia a partir dos dados (i.e. transcrições) e, por outro lado, guiada pela literatura. Assim, à medida que as respostas foram sendo analisadas foram surgindo, através das respostas dos participantes, diversas categorias que foram posteriormente listadas. Foi feita a descrição de cada categoria, posteriormente as categorias comparadas entre

participantes de forma a perceber quais os temas mais reportados. Por fim, a contagem da frequência de cada categoria foi realizada, seguindo uma metodologia de análise de conteúdo quantitativa (Millward, 1995).

## 5. Resultados

A análise dos dados iniciou-se através do estudo do próprio questionário e das suas características psicométricas. Assim, foi calculada a sua consistência interna, bem como das correlações entre a escala no seu todo e os itens. Seguiu-se, então, a análise descritiva das respostas ao questionário, através do cálculo das médias e desvio-padrão, e efectuadas análises de comparação de resultados entre terapeutas de orientações teóricas diferentes. Por fim, foi efectuada a análise qualitativa das respostas às perguntas abertas.

A análise psicométrica dos 13 itens que constituíram a escala de integração responsiva às características do cliente revelou que o alfa de Cronbach foi 0.929. Este valor foi revelador de uma excelente consistência entre os itens, sendo que as correlações entre cada item e o total variaram entre 0.546 e 0.802.

Foram calculadas as médias e o desvio-padrão para cada um dos itens e para a escala total de responsividade. Esses resultados são apresentados na tabela 2.

**TABELA 2 - Médias e desvios padrão a itens e total de responsividade**

<b>Itens</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>D P</b>
DSM Eixo I	58	1.97	1.68
DSM Eixo II	60	2.13	1.65
Sofrimento subjectivo/sofrimento psíquico	61	3.56	1.65
Défice funcional	59	3.31	1.51
Sensibilidade interpessoal	55	3.13	1.65
Complexidade/Cronicidade	61	3.31	1.56
Rede de apoio social	58	2.81	1.56
Resistência/defensividade	59	3.02	1.73

Estilo de <i>coping</i>	57	2.67	1.91
Estilo de vinculação	58	3.07	1.81
Estilo de comunicação	58	2.64	1.67
Estádio de mudança	56	3.02	1.77
Insight	60	3.50	1.62
<b>Total de responsividade</b>	<b>50</b>	<b>2.99</b>	<b>1.23</b>

Nesta tabela salientou-se o facto de que as variáveis que tiveram uma média mais elevada foram o sofrimento subjectivo/sofrimento psíquico (3.56), o insight (3.50) e a complexidade/cronicidade (3.31). As variáveis que tiveram as médias mais baixas foram o Eixo I (1.97), o Eixo II (2.13) e o estilo de comunicação (2.64), respectivamente. O total de responsividade de todos os itens foi 2.99, com um desvio padrão de 1.23.

A questão referente à comparação entre grupos de terapeutas que se identificavam com diferentes orientações teóricas foi explorada através de correlações. Este facto deveu-se à forma como a orientação teórica foi avaliada, num contínuo entre 0 e 5, podendo incluir simultaneamente elementos de várias escolas teóricas, ao contrário de outros estudos onde a orientação teórica se avalia de forma categorial e mutuamente exclusiva. Assim, sendo quer a variável “orientação teórica”, quer a variável “responsividade integrativa” de carácter contínuo, foi estudada a sua associação através de correlações. Os resultados são apresentados na tabela 3.

**TABELA 3 - Correlações entre responsividade integrativa e orientação teórica**

<b>Sub-Escalas</b>	<b>Resp. Int.</b>	<b>Din.</b>	<b>Comp.</b>	<b>Cog.</b>	<b>Hum.</b>	<b>Sist.</b>	<b>Integrat iva</b>
Responsividade Integrativa	--	-.040	.285	.288	.460**	.134	.331*

Dinâmica/ psicanalítica	--	-.670**	-.643**	-.565**	-.255	-.058
Comportamental		--	.884**	.517**	.405**	.104
Cognitiva			--	.573**	.400**	.217
Humanista				--	.467**	.203
Sistêmica					--	.215
Integrativa Ou Eclética						--

\* A correlação é significativa ( $p < .05$ );

\*\* A correlação é significativa ( $p < .01$ )

De acordo com a tabela 3, verificou-se que a identificação com a orientação humanista estava positivamente associada à responsividade integrativa ( $r=.46$ ,  $p<.01$ ). O mesmo foi encontrado para a identificação com a orientação integrativa ( $r=.33$ ,  $p<.01$ ). Por outras palavras, quanto mais humanistas ou quanto mais integrativos os psicoterapeutas, maiores os seus resultados no índice de responsividade. Por seu lado, a identificação com a orientação dinâmica ou analítica, comportamental, cognitiva, e sistêmica não se revelaram associadas de forma significativa com a responsividade ( $r=.28$ ,  $r=.29$ ,  $r=.13$ ,  $ns$ , respectivamente). Dito de outro modo, psicoterapeutas destas orientações tiveram resultados muito variáveis na escala de responsividade, não estando nem positiva, nem negativamente associados.

A tabela 3 revelou ainda a associação negativa e forte entre a identificação com a orientação psicodinâmica ou analítica, e a adesão a outras orientações teóricas, nomeadamente a comportamental ( $r = -.67$ ,  $p<.01$ ), a cognitiva ( $r = -.64$ ,  $p<.01$ ) e a humanista ( $r = -.57$ ,  $p<.01$ ). Este resultado revelou que os terapeutas dinâmicos tendem a não fazer uso de técnicas das restantes orientações.

Um outro conjunto de modelos surgiu associado de forma positiva. Os psicoterapeutas de orientação comportamental, cognitiva, humanista e sistêmica revelaram utilizar significativamente técnicas dos outros modelos (correlações entre  $r=.40$  e  $r=.88$ ,  $p<.01$ ). Contudo, estes terapeutas não se identificaram necessariamente como integrativos, sendo essa correlação não significativa.

Na tabela 4 apresentam-se as frequências das categorias relativas ao tipo de integração que os psicoterapeutas fazem das várias técnicas psicoterapêuticas.

**TABELA 4 - Categorias e frequência de respostas sobre o tipo de integração**

<b>Tipo de integração dos elementos das várias técnicas psicoterapêuticas</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Escolha das diferentes técnicas dependendo do tipo de problemática e dos pacientes, mantendo-se dentro da mesma linha teórica	22	46
Escolha das diferentes técnicas dependendo do tipo de problemática e dos pacientes, cruzando linhas teóricas diferentes, momento a momento em terapia	18	38
Integração através da experiência empírica e profissional, do contacto com colegas de outras orientações teóricas	1	2
Integração através de técnicas com a eficácia comprovada, mesmo de orientações teóricas diferentes	1	2
Depende exclusivamente do caso	2	4
“ Com bom senso e bom gosto”	1	2
“Modelo único”	2	4
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

Evidenciou-se o facto de que 22 dos participantes (46%) que responderam à questão referiram que o tipo de integração que fazem das várias técnicas terapêuticas depende do tipo de problemática e dos pacientes, e que o fazem mantendo-se na mesma linha teórica. 18 (38%) dos participantes referiram que a escolha das diferentes técnicas depende do tipo de problemática e dos pacientes, mas que integram linhas teóricas diferentes, momento a momento em terapia.

Por outro lado, dois psicoterapeutas (4%) referiram que a sua integração é feita com base num “modelo único” e um terapeuta (2%) referiu que integração é feita “com bom senso e com bom gosto”.

No sentido de se perceber até que ponto os psicoterapeutas se baseavam em diagnósticos ou classificações nas suas práticas psicoterapêuticas, foram elaboradas



categorias e calculadas as frequências das suas respostas. Os resultados são apresentados na tabela 5.

**TABELA 5 - Categorias e frequência de respostas à pergunta 3.13**

<b>Diagnósticos/Classificações na prática psicoterapêutica</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Diagnóstico para decisão acerca de prescrição medicamentosa	3	6
Diagnóstico para conceptualização do funcionamento do paciente	25	51
Diagnóstico útil nas crianças e adolescentes para apoio na escola ou noutras instituições	1	2
Diagnóstico para relatórios psicológicos/neuropsicológicos ou encaminhamento para colegas	4	8
Diagnóstico para facilitar a comunicação entre colegas ou pacientes (trabalho multidisciplinar)	4	8
Diagnóstico para facilitar a definição das estratégias de intervenção	10	20
Quando o paciente solicita	1	2
Diagnóstico útil para o trabalho em serviços institucionais	1	2
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

Destacou-se o facto de 25 dos participantes (51%) referirem que utilizam o diagnóstico para a conceptualização do funcionamento dos pacientes; e 10 (20%) participantes referirem que o diagnóstico lhes é útil para a facilitação e definição das estratégias de intervenção. De referir que um psicoterapeuta respondeu a esta questão afirmando que apenas se baseia em diagnósticos “quando o paciente solicita” (2%) e outro participante (2%) referiu que o diagnóstico pode ser “útil nas crianças e adolescentes para apoio nas escolas ou noutras instituições”.

A tabela 6 apresenta as categorias e frequência de respostas à pergunta sobre a utilização do quadro clínico correspondente ao Eixo I (DSM) na escolha do tipo de intervenções psicoterapêuticas.

**TABELA 6 - Categorias e frequência de respostas à pergunta 3.26**

<b>Eixo I (DSM) – tipo de intervenções psicoterapêuticas</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Utilização do Eixo I para determinar as técnicas de intervenção mesmo que cruzando modelos teóricos diferentes	15	38
O quadro clínico do Eixo I motiva o pedido de ajuda e o desenrolar do processo psicoterapêutico	1	2.5
Utilização do Eixo I para encaminhamento psiquiátrico	2	5
Utilização do Eixo I para antecipar agravamento do quadro clínico	1	2.5
Utilização do Eixo I para orientar a duração do tratamento	2	5
Utilização do Eixo I para orientar a frequência do tratamento	1	2.5
Utilização do Eixo I para orientar as prioridades do trabalho psicoterapêutico/ alívio da sintomatologia	5	12
Utilização do Eixo I para comunicação entre técnicos	2	5
Utilização do Eixo I para perceber o nível de perturbação do paciente	10	25.6
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100</b>

Desta análise desta destacou-se que 15 dos participantes (38%) referiu a utilização do Eixo I do DSM para determinar as técnicas de intervenção, mesmo que estas integrem modelos teóricos diferentes. Salienta-se ainda o facto de que 10 (25.6%) dos participantes utiliza o Eixo I para perceber o nível de perturbação do paciente. Por outro lado, apenas um psicoterapeuta (2.5%) referiu a utilização do Eixo I para orientar a duração do tratamento.

Foram também calculadas as frequências e elaboradas as categorias relativas à questão sobre se a presença de perturbações da personalidade (Eixo II - DSM) ajudava o terapeuta na decisão sobre o tipo das intervenções em psicoterapia. Os resultados são apresentados na tabela 7.

**TABELA 7 - Categorias e frequência de respostas à pergunta 3.27**

<b>Eixo II (DSM) – tipo de intervenções psicoterapêuticas</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Utilização do Eixo II para determinar as técnicas de intervenção mesmo que cruzando modelos teóricos diferentes	15	30
O quadro clínico do Eixo II motiva o pedido de ajuda e o desenrolar do processo psicoterapêutico	1	2
Utilização do Eixo II para encaminhamento psiquiátrico	2	4
Utilização do Eixo II para orientar a duração do tratamento	1	2
Utilização do Eixo II para orientar as prioridades do trabalho psicoterapêutico/ alívio da sintomatologia	1	2
Utilização do Eixo II para comunicação entre técnicos	1	2
Utilização do Eixo II para a compreensão do funcionamento do paciente	17	34
Utilização do Eixo II para orientação do paciente ou pais do paciente	1	2
Utilização do Eixo II para estabelecer a aliança terapêutica e contrato psicoterapêutico	5	10
Utilização do Eixo II para perceber as necessidades do paciente	3	6
Utilização do Eixo II para o ajustamento do processo psicoterapêutico às características do paciente	3	6
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Na tabela 7 chamamos a atenção para o facto de 17 participantes (34%) referirem a utilização do Eixo II para a compreensão do funcionamento do paciente e de 15 (30%) participantes atribuírem a utilização do Eixo II para a determinação das técnicas de intervenção, mesmo que estas sejam de modelos teóricos diferentes. De salientar que apenas um psicoterapeuta (2%) referiu utilizar do Eixo II para orientar as prioridades do trabalho psicoterapêutico/alívio da sintomatologia.

A Tabela 8 apresenta as categorias e frequências de respostas relativas ao facto de o psicoterapeuta considerar o nível de sofrimento subjectivo/sofrimento psíquico na escolha das suas intervenções psicoterapêuticas.

**TABELA 8 - Categorias e frequência de respostas à pergunta 3.28**

<b>Nível de sofrimento subjectivo/sofrimento psíquico - escolha das intervenções psicoterapêuticas</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Utilização do sofrimento subjectivo para definir prioridades no tratamento /alívio da sintomatologia	14	23
Utilização do sofrimento subjectivo para modulação dos <i>timings</i> das intervenções	8	13
Utilização do sofrimento subjectivo para determinar as técnicas de intervenção mesmo que cruzando modelos teóricos diferentes	15	25
Utilização do sofrimento subjectivo para adoptar uma postura ora contentora ora confrontativa	1	1.6
Utilização do sofrimento subjectivo para o foco da intervenção	6	10
Utilização do sofrimento subjectivo para determinar a postura do terapeuta	8	13
Utilização do sofrimento subjectivo para determinar a direcção das intervenções	2	3.3
Utilização do sofrimento subjectivo para o estabelecimento da aliança e contrato terapêutico	1	1.6
Utilização do sofrimento subjectivo para a compreensão da estrutura e funcionamento mental do paciente	3	5
Utilização do sofrimento subjectivo para perceber da necessidade de encaminhamento psiquiátrico	2	3.3
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Relativamente aos dados desta tabela, destacou-se que 15 dos participantes (25%) referiram a utilização do sofrimento subjectivo para determinar as técnicas de intervenção, mesmo que integrem modelos teóricos diferentes; e 14 (23%) dos mesmos referiram a utilização do sofrimento subjectivo para definir prioridades no tratamento

/alívio da sintomatologia. Doutro modo, apenas um psicoterapeuta (1.6%) revelou utilizar o sofrimento subjectivo para adoptar uma postura ora contentora ora confrontativa.

Foram calculadas as frequências e elaboradas as categorias respeitantes à questão sobre se o terapeuta considera o défice funcional do paciente na escolha das intervenções psicoterapêuticas. Apresentamos os resultados na tabela 9.

**TABELA 9 - Categorias e frequência de respostas à pergunta 3.29**

<b>Défice funcional – escolha das intervenções psicoterapêuticas</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Utilização do défice funcional para definir prioridades no tratamento	4	8
Utilização do défice funcional para a modulação dos <i>timings</i> da intervenção	2	4
Utilização do défice funcional para determinar a escolha das técnicas de intervenção mesmo que cruzando orientação teóricas diferentes	16	32
Utilização do défice funcional para definir a postura do terapeuta	2	4
Utilização do défice funcional para a compreensão da estrutura do paciente e funcionamento mental do mesmo	7	14
Utilização do défice funcional para avaliar a possibilidade de encaminhamento psiquiátrico	1	2
Utilização do défice funcional para perceber as necessidades do paciente	5	10
Utilização do défice funcional para ajustar as intervenções às características pessoais do paciente	6	12
Utilização do défice funcional como objectivo terapêutico	3	6
Quanto maior for o défice funcional pior será o prognóstico, comprometendo os objectivos terapêuticos	4	8
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Na tabela 9, 16 dos participantes (32%) referiram a utilização do défice funcional para determinar a escolha das técnicas de intervenção, mesmo que integrando orientação teóricas diferentes, sendo que 7 (14%) participantes referiram a utilização do défice funcional para a compreensão da estrutura do paciente e funcionamento mental do mesmo; e ainda 6 (12%) dos terapeutas atribuíram a utilização do défice funcional ao ajustamento das intervenções às características pessoais do paciente. É de referir, que apenas um psicoterapeuta (2%) revelou utilizar o défice funcional para avaliar a possibilidade de encaminhamento psiquiátrico.

No sentido de se perceber se os participantes consideravam a sensibilidade interpessoal na escolha das suas intervenções psicoterapêuticas, procedemos ao cálculo das frequências e à formulação de categorias relativas a esta questão. Os resultados encontram-se na tabela 10.

**TABELA 10 - Categorias e frequência de respostas à pergunta 3.30**

<b>Sensibilidade interpessoal – escolha das intervenções psicoterapêuticas</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Utilização da sensibilidade interpessoal para o ajustamento da intensidade das técnicas utilizadas	3	8.3
Utilização da sensibilidade interpessoal para o terapeuta usar uma postura mais directiva	2	5.5
Utilização da sensibilidade interpessoal para guiar as intervenções psicoterapêuticas	3	8.3
Utilização da sensibilidade interpessoal para perceber a estrutura e funcionamento do paciente	3	8.3
Utilização da sensibilidade interpessoal no sentido do terapeuta ter uma escuta activa	2	5.5
Utilização da sensibilidade interpessoal para definir prioridades nos objectivos terapêuticos	2	5.5
Utilização da sensibilidade interpessoal para o terapeuta utilizar uma postura menos directiva	6	16.6
A eficácia da técnica utilizada depende da sensibilidade interpessoal	4	11

A sensibilidade interpessoal depende do paciente	5	13.8
A sensibilidade interpessoal depende da empatia e qualidade relacional	3	8.3
A sensibilidade interpessoal permite que o terapeuta aceda à auto-imagem do paciente	1	2.7
A sensibilidade interpessoal fornece indicadores do tempo interno/subjectivo e do grau de desenvolvimento emocional do paciente	1	2.7
A sensibilidade interpessoal poderá servir como preditor do sucesso da intervenção	1	2.7
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100</b>

Na tabela 10 evidenciou-se o facto de 6 participantes (16.6%) revelarem a utilização da sensibilidade interpessoal no sentido de terem uma postura menos directiva em terapia. Por outro lado, 5 terapeutas (13.8%) referiram que a sensibilidade interpessoal depende do paciente e ainda, 4 psicoterapeutas (11%) afirmaram que a eficácia da técnica utilizada depende da sensibilidade interpessoal.

Foram elaboradas as categorias e calculadas as frequências relativas à questão sobre se os participantes deste estudo consideravam a complexidade e cronicidade aquando da escolha das intervenções psicoterapêuticas. Apresentam-se os resultados na tabela 11.

**TABELA 11 - Categorias e frequência de respostas à pergunta 3.31**

<b>Complexidade/Cronicidade – escolha das intervenções psicoterapêuticas</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Utilização da complexidade e da cronicidade para decidir da melhor técnica de intervenção mesmo que cruzando modelos teóricos diferentes	14	34
Utilização da complexidade e da cronicidade como preditor de mudança	6	14.6
Utilização da complexidade e da cronicidade para determinar as prioridades no plano da intervenção	10	24

Utilização da complexidade e da cronicidade para perceber o nível de severidade da perturbação do paciente	4	9.8
A complexidade e cronicidade são variáveis utilizadas no reforço das competências existentes	2	4.8
Utilização da complexidade e da cronicidade para a priorização de objectivos terapêuticos	1	2.4
Quanto maior a complexidade e cronicidade maior será a necessidade de articulação interdisciplinar	1	2.4
Utilização da complexidade e da cronicidade para perceber as relações de causa/efeito entre as problemáticas do sujeito	2	4.8
Ambas são importantes mas a cronicidade é mais importante do que a complexidade	1	2.4
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

Na tabela 11 destacamos que 14 dos terapeutas (34%) referiu a utilização da complexidade e da cronicidade para decidir da melhor técnica de intervenção mesmo que integrando modelos teóricos diferentes; e ainda que 10 dos terapeutas (24%) atribuíram a utilização da complexidade e da cronicidade para determinar as prioridades no plano da intervenção. Sendo que apenas um terapeuta (2.4%) revelou utilizar a complexidade e da cronicidade para a priorização de objectivos terapêuticos.

Na tabela 12 apresentamos as categorias e as frequências relativas à questão: “Com que frequência considera a rede de apoio social do paciente na escolha das intervenções psicoterapêuticas?”.

**TABELA 12- Categorias e frequência de respostas à pergunta 3.32**

<b>Rede de apoio social – escolha das intervenções psicoterapêuticas</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
A rede social deve ser utilizada na conceptualização dos casos de crianças e adolescentes	3	9.4



A rede social traz benefícios para o trabalho terapêutico	9	28.1
A rede social é uma variável importante quando se trabalha numa equipa multidisciplinar	1	3.1
A rede social dá uma referência ao terapeuta da forma como deve estabelecer a relação com o paciente	1	3.1
Utilização da rede social para a escolha das técnicas de intervenção	5	15.6
Utilização da rede social para a mobilização dos recursos do paciente e para a sua adaptação ao meio	6	18.8
Utilização da rede social para perceber os padrões patológicos relacionais do paciente e interpretá-los em terapia	1	3.1
A utilização da rede social é muito importante para o trabalho institucional	1	3.1
Em situações de intervenção em crise a rede social pode ser útil para elaborar uma lista de contactos de emergência	3	9.4
Quando o apoio social é mais reduzido deve haver uma maior flexibilidade do terapeuta na intervenção	2	6.3
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

Nesta tabela salientou-se que 9 terapeutas (28.1%) referiram que a rede social traz benefícios para o trabalho terapêutico; 6 psicoterapeutas (18.8%) referiram a utilização da rede social para a mobilização dos recursos do paciente e para a sua adaptação ao meio; e ainda que 5 participantes (15.6%) revelaram a utilização da rede social para a escolha das técnicas de intervenção. Chamamos a atenção para o facto de apenas um terapeuta (3.1%) ter referido que utiliza a rede social para “perceber os padrões patológicos relacionais do paciente e interpretá-los em terapia”.

No sentido de se perceber se os psicoterapeutas consideravam a resistência aquando da escolha das suas intervenções psicoterapêuticas, calcularam-se as frequências e foram elaboradas as categorias respeitantes a esta questão. Os resultados encontram-se na tabela 13.

**TABELA 13 - Categorias e frequência de respostas relativas à pergunta 3.33**

<b>Resistência (defensividade) – escolha das intervenções psicoterapêuticas</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Utilização da resistência para decidir acerca do tipo de técnica de intervenção, mesmo cruzando modelos teóricos diferentes	10	21.7
Utilização da resistência para o ajustamento da intensidade das técnicas de intervenção utilizadas	1	2.1
Utilização da resistência para a definição de objectivos terapêuticos	3	6.5
Utilização da resistência para ajustar a postura do terapeuta	8	17.4
Utilização da resistência para o reforço da aliança e contracto terapêutico	5	11
Utilização da resistência para o terapeuta reflectir sobre o processo terapêutico e para a reavaliação das estratégias utilizadas	6	13
Utilização da resistência para perceber se o paciente está pronto para a mudança	3	6.5
Utilização da resistência para confrontar o paciente	3	6.5
Utilização da resistência para prevenir <i>drop-outs</i>	2	4.3
A resistência só tem impacto no tempo de duração da terapia e não interfere na postura do terapeuta ou dos métodos utilizados	3	6.5
Pacientes muito defensivos beneficiam duma abordagem menos directiva ou intrusiva	2	4.3
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Destacamos o facto de 10 participantes (21.7%) referirem a utilização da resistência para decidir acerca do tipo de técnica de intervenção, mesmo integrando modelos teóricos diferentes; e de 8 terapeutas (17.4%) terem atribuído a utilização da resistência para ajustar a postura do terapeuta. No entanto, chamamos a atenção para o

facto de apenas um terapeuta (2.1%) revelar a utilização da resistência para o ajustamento da intensidade das técnicas de intervenção utilizadas.

Foram elaboradas as categorias e calculadas as frequências relativas à questão sobre se os participantes deste estudo consideravam o estilo de *coping* do paciente aquando da escolha das intervenções psicoterapêuticas. Apresentam-se os resultados na tabela 14.

**TABELA 14 - Categorias e frequência de respostas à pergunta 3.34**

<b>Estilo de <i>coping</i> – escolha das intervenções psicoterapêuticas</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Utilização dos estilos de <i>coping</i> para fazer o levantamento das estratégias adequadas que o paciente usa, no sentido de as validar ou promover	8	22.2
Utilização dos estilos de <i>coping</i> para fazer o levantamento das estratégias desadequadas que o paciente usa, no sentido de as eliminar ou invalidar	6	16.6
Utilização dos estilos de <i>coping</i> para decidir acerca do tipo de intervenção, mesmo que cruzando linhas de orientação teórica diferentes	7	19.4
Utilização dos estilos de <i>coping</i> no sentido da flexibilização das intervenções	3	8.3
Utilização dos estilos de <i>coping</i> no sentido de antecipar problemáticas futuras	5	13.8
Utilização dos estilos de <i>coping</i> no contexto da psicologia da saúde	1	2.7
Utilização dos estilos de <i>coping</i> no sentido de perceber a adaptabilidade do paciente	3	8.3
Utilização da resistência para confrontar o paciente	2	5.5
Utilização dos estilos de <i>coping</i> para a compreensão da problemática do paciente	3	8.3
Utilização dos estilos de <i>coping</i> para avaliar os recursos do paciente	1	2.7

**Total** **36** **100**

Da tabela 14 salientamos o facto de 8 terapeutas (22.2%) referirem a utilização dos estilos de *coping* para fazer o levantamento das estratégias adequadas que o paciente usa, no sentido de as validar ou promover; e de 7 psicoterapeutas (19.4%) referirem a utilização dos estilos de *coping* para decidir acerca do tipo de intervenção, mesmo que integrando linhas de orientação teórica diferentes. Destaca-se ainda o facto de 6 participantes (16.6%) referirem a utilização dos estilos de *coping* para fazer o levantamento das estratégias desadequadas que o paciente usa, no sentido de as eliminar ou invalidar. Por outro lado, apenas um terapeuta (2.7%) referiu que utiliza o estilo de coping para avaliar os recursos do paciente.

Na tabela 15 apresentamos as categorias e as frequências relativas à questão: “Com que frequência considera o estilo de vinculação do paciente na escolha das intervenções psicoterapêuticas”.

**TABELA 15 - Categorias e frequência de respostas à pergunta 3.35**

<b>Estilo de vinculação – escolha das intervenções psicoterapêuticas</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Utilização do estilo de vinculação para decidir acerca do tipo de técnica de intervenção, mesmo que cruzando de modelos teóricos diferentes	2	8.7
Utilização do estilo de vinculação para a conceptualização de caso e gestão da relação terapêutica	6	26
Utilização do estilo de vinculação para perceber o padrão de vinculação do paciente, para que o mesmo seja interpretado na relação terapêutica	9	39
Utilização do estilo de vinculação para o terapeuta adaptar empaticamente as suas respostas	3	13
Utilização do estilo de vinculação na conceptualização de casos com pacientes com perturbações da personalidade	1	4.3

Utilização do estilo de vinculação para reforçar ou estabelecer uma aliança com o paciente	3	13
O estilo de vinculação é a matriz da própria relação terapêutica	1	4.3
As vinculações na infância devem ser analisadas e são importantes no desenrolar do processo terapêutico	1	4.3
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100</b>

Da tabela 15 evidenciou-se o facto de 9 terapeutas (39%) terem revelado que utilizam o estilo de vinculação para perceber o padrão de vinculação do paciente e para que o mesmo seja interpretado na relação terapêutica. Chamamos também a atenção para o facto de 6 terapeutas (26%) referirem a utilização do estilo de vinculação para decidir acerca do tipo de técnica de intervenção, mesmo que cruzando de modelos teóricos diferentes. Apenas um terapeuta (4.3%) referiu que as vinculações precoces devem ser analisadas e são importantes para a terapia.

A tabela 16 apresenta as categorias e frequências de respostas relativas ao facto de o psicoterapeuta considerar o estilo de comunicação na escolha das suas intervenções psicoterapêuticas.

**TABELA 16 - Categorias e frequência de respostas à pergunta 3.36**

<b>Estilo de comunicação – escolha das intervenções psicoterapêuticas</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Utilização do estilo de comunicação para ajustar o grau de intensidade e intrusividade das técnicas utilizadas	3	9.6
Utilização do estilo de comunicação porque reflecte a forma como o paciente se encontra consigo mesmo e com os outros	2	6.5
Utilização do estilo de comunicação para o terapeuta se ajustar no trabalho com crianças	1	3.2
Adaptação do estilo de comunicação do terapeuta, mais metafórico ou mais racional, consoante o estilo comunicacional do paciente	12	38.7

Utilização do estilo de comunicação na escuta activa	2	6.5
Utilização do estilo de comunicação para avaliação da capacidade de simbolização e de comunicação do paciente	5	16.1
Utilização do estilo de comunicação para tornar a linguagem do terapeuta mais assertiva	3	9.6
Utilização do estilo de comunicação como factor a ter em conta para o diagnóstico	2	6.5
Utilização do estilo de comunicação no sentido do terapeuta perceber como o paciente estabelece as relações	1	3.2
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Da tabela 16 destacou-se o facto de 12 dos participantes (38.7%) referirem que adaptam o seu estilo comunicacional, mais metafórico ou mais racional, consoante o estilo comunicacional do paciente; e 5 dos terapeutas (16.1%) referirem que utilizam o estilo de comunicação para a avaliação da capacidade de simbolização e de comunicação do paciente. Noutro sentido, apenas um terapeuta (3.2%) referiu que utiliza o estilo de comunicação para o se ajustar no trabalho com crianças.

No sentido de se perceber se os psicoterapeutas consideravam o estágio de mudança aquando da escolha das suas intervenções psicoterapêuticas, calcularam-se as frequências e foram elaboradas as categorias respeitantes a esta questão. Os resultados encontram-se na tabela 17.

**TABELA 17 - Categorias e frequência de respostas à pergunta 3.37**

<b>Estádio de mudança – escolha das intervenções psicoterapêuticas</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Utilização do estágio de mudança para o estabelecimento da aliança terapêutica	2	5.9
Utilização do estágio de mudança para optar por uma intervenção mais directiva	2	5.9

Utilização do estágio de mudança para optar por uma intervenção mais reflexiva ou compreensiva	2	5.9
Utilização do estágio de mudança para determinar o tipo de técnicas de intervenção a utilizar	5	14.7
Utilização do estágio de mudança para a conceptualização do processo terapêutico	3	8.8
Utilização do estágio de mudança para a gestão do <i>timing</i> de abordagem de temáticas mais dolorosas	2	5.9
Utilização do estágio de mudança para desmontar organizações defensivas que ocultem patologias mais graves	1	2.9
Utilização do estágio de mudança para perceber da adaptação do paciente a doenças orgânicas	1	2.9
Utilização do estágio de mudança para estabelecer objectivos terapêuticos com o paciente	2	5.9
Utilização do estágio de mudança para ajudar a chegar à fase de acção	6	17.6
Utilização do estágio de mudança como variável que revela a evolução do paciente	2	5.9
Utilização do estágio de mudança como forma de orientar os temas a trabalhar em psicoterapia	1	2.9
Utilização do estágio de mudança para a adequação do ritmo da terapia	3	8.8
Utilização do estágio de mudança para perceber os factores que bloqueiam a mudança	1	2.9
Utilização do estágio de mudança para determinar os recursos do paciente	1	2.9
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

Da tabela 17 evidencia-se o facto de 6 terapeutas referirem (17.6%) a utilização do estágio de mudança para ajudar a chegar à fase de acção; e de 5 terapeutas (14.7%) referirem a utilização do estágio de mudança para determinar o tipo de técnicas de

intervenção a utilizar. É de referir que um participante (2.9%) revelou a utilização do estágio de mudança para perceber da adaptação do paciente a doenças orgânicas.

Foram elaboradas as categorias e calculadas as frequências relativas à questão sobre se os participantes deste estudo consideravam o *insight* do paciente aquando da escolha das intervenções psicoterapêuticas. Apresentam-se os resultados na tabela 18.

**TABELA 18 - Categorias e frequência de respostas à pergunta 3.38**

<b><i>Insight</i> – escolha das intervenções psicoterapêuticas</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Utilização do <i>insight</i> para determinar o tipo de técnicas de intervenção a utilizar mesmo que de orientações teóricas diferentes	8	18.6
A intervenção será mais eficaz se for responsiva ao <i>insight</i> do paciente	4	9.3
Quanto maior for o <i>insight</i> mais será aconselhável uma intervenção psicodinâmica	4	9.3
Utilização do <i>insight</i> para adaptação da linguagem do terapeuta	3	7
Quanto menos capacidade de <i>insight</i> o paciente tiver mais lento e mais limitado será o processo	4	9.3
Quanto mais capacidade de <i>insight</i> menos deverá ser a directividade do terapeuta e maior o recurso à metaforização	5	11.6
Quanto maior for <i>insight</i> maior será a capacidade de mudança	1	2.3
Quanto maior for <i>insight</i> maior será a inteligência emocional do paciente e o conhecimento de si próprio	7	16.2
Quanto menor for <i>insight</i> mais os pacientes beneficiam de intervenções centradas na acção	2	4.7
Utilização do <i>insight</i> para estabelecer o foco da intervenção	1	2.3
Utilização do <i>insight</i> para estabelecer os objectivos terapêuticos	1	2.3



Utilização do <i>insight</i> para encaminhar o paciente para intervenções que não sejam psicodinâmicas	3	7
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100</b>

Nesta tabela chamamos a atenção para o facto de 8 terapeutas (18.6%) referirem a utilização do *insight* para determinar o tipo de técnicas de intervenção a utilizar mesmo que de orientações teóricas diferentes; e também de 7 terapeutas (16.2%) referirem que quanto maior for *insight* maior será a inteligência emocional do paciente e o conhecimento de si próprio. Apenas um terapeuta (2.3%) referiu que quanto maior for *insight* maior será a capacidade de mudança.

A tabela 19 apresenta as categorias e frequências de respostas relativas a outras características do paciente na escolha das suas intervenções psicoterapêuticas.

**TABELA 19 - Categorias e frequência de respostas à pergunta 3.39**

<b>Outras características – escolha das intervenções psicoterapêuticas</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Demográficas	2	3.6
Financeiras	4	7.1
Religião	2	3.6
Fontes de suporte emocional	1	1.8
Ciclos cognitivos interpessoais	2	3.6
Marcadores emocionais	1	1.8
Esquemas mal-adaptativos precoces	1	1.8
Fase do ciclo de vida	2	3.6
Estado de saúde geral	2	3.6
Idade	6	10.7
Origem étnica	2	3.6
Sexo	1	1.8

Nacionalidade	1	1.8
Existência de comportamentos de risco	2	3.6
Definição do tipo de psicoterapia	1	1.8
Avaliação do funcionamento do <i>self</i>	1	1.8
Capacidade narrativa	1	1.8
Forma dominante de vivenciar a dor psicológica	1	1.8
Disponibilidade de tempo	2	3.6
Condição sociocultural	4	7.1
Relações familiares	2	3.6
Estilos parentais	1	1.8
Se mobiliza a empatia do terapeuta	1	1.8
A inteligência emocional do paciente	1	1.8
Motivação do paciente	1	1.8
Contra-transferência do terapeuta	1	1.8
Forma de estar do paciente	1	1.8
Comportamento dos pais em relação à problemática do filho	1	1.8
Expressão emocional	1	1.8
A relação do aqui-e-agora na sessão	2	3.6
Se o paciente já esteve noutra processo psicoterapêutico	1	1.8
Quais são os objectivos do paciente	1	1.8
Qual é o estilo de processamento de informação do paciente (visual, auditivo)	1	1.8
Capacidade de abstracção	1	1.8
Flexibilidade/rigidez de pensamento	1	1.8
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100</b>

Da tabela 19 destaca-se o facto de 6 terapeutas (10.7%) terem referido a idade como sendo um factor determinante na escolha das intervenções psicoterapêuticas; e de

4 psicoterapeutas (7.1%) terem referidos os factores financeiros como importantes na escolha das intervenções terapêuticas.

## 6. Discussão dos resultados

O presente estudo procurou explorar e descrever a forma como os psicoterapeutas portugueses integram intervenções de diversos modelos psicoterapêuticos. O seu objectivo geral foi investigar se a integração era feita de forma sistemática, responsiva às características dos pacientes, e baseada na evidência empírica.

Em primeiro lugar, os dados revelam que a orientação teórica dos psicoterapeutas foi bastante diversa, encontrando-se de um modo geral uma semelhança entre a orientação indicada no início da prática clínica e na experiência profissional actual. Contudo, a orientação comportamental foi a única orientação teórica que revelou um decréscimo no número de participantes, entre a utilização do modelo teórico comportamental no passado e no presente. Evidenciou-se também que, de todas as orientações teóricas, o modelo integrativo/eclético foi o que se apresentou como sendo mais utilizado actualmente pelos psicoterapeutas do nosso estudo, seguido dos modelos psicodinâmico e cognitivo. Estes resultados encontram-se genericamente em consonância com o estudo de Vasco, Santos e Silva (2003), à excepção do facto de que, no nosso estudo, foi a orientação integrativa/eclética a mais frequente. Os psicoterapeutas dinâmicos/psicanalíticos foram os que revelaram fazer menos o uso de técnicas de intervenção de outros modelos teóricos. Os psicoterapeutas de orientação comportamental, cognitiva, humanista e sistémica revelaram utilizar significativamente técnicas dos outros modelos. Estes dados são igualmente consistentes com os resultados do estudo de Vasco (1992), no qual este autor concluiu que “tomados em conjunto, os dados portugueses relativos às combinações e tipo de eclectismo revelam que a amplitude do eclectismo português é bastante limitada, dado que as combinações mais frequentes são constituídas por perspectivas aparentadas” (Vasco, 1992, p. 267).

Os psicoterapeutas humanistas e os integrativos tenderam a ser mais responsivos às características do paciente, tal como foi avaliado pela escala do presente questionário. Por seu lado, a identificação com a orientação dinâmica ou analítica, comportamental, cognitiva, e sistémica não se revelaram associadas de forma significativa com a responsividade. Por outras palavras, os psicoterapeutas que utilizam técnicas destas últimas orientações apresentam uma grande variabilidade no que diz respeito à forma como adequam as suas intervenções a cada paciente, existindo aqueles que fazem um

ajustamento responsivo às características dos pacientes e aqueles que não o fazem de forma habitual.

Neste estudo revelou-se que a maioria dos psicoterapeutas referiu que o tipo de integração das várias técnicas terapêuticas depende do tipo de problemática e dos pacientes, e que o fazem mantendo-se na mesma linha teórica. Uma percentagem menor de terapeutas referiu que a escolha das diferentes técnicas depende do tipo de problemática dos pacientes, integrando técnicas de modelos de orientação teórica diferente, momento a momento em terapia. Este tipo de integração é consistente com o “modelo de complementaridade paradigmática” já apresentado anteriormente. (Vasco & Conceição, s.d.)

Retomamos a proposta teórica de Alonso et al. (2006), a qual distinguia o integracionismo (crença na teoria, procura por um acordo entre teorias, desenvolvimento de melhores abordagens e a legitimação externa através do método científico) de eclecticismo (o primado da funcionalidade, o fim dos grandes modelos, o “deve-se aplicar o que resulta”, e a legitimação feita através das necessidades clínicas). Estes autores defendiam que os psicoterapeutas se distinguiam por uma atitude moderna (integracionismo) ou pós-moderna (eclecticismo). Utilizando esta linguagem, os resultados parecem indicar que os psicoterapeutas portugueses ainda não são ecléticos, nem apresentam uma atitude psicoterapêutica pós-moderna. De outro modo, a maioria afirmou integrar técnicas dentro de um mesmo território teórico, mantendo-se na “narrativa” da sua formação inicial. Aqueles que integram a utilização de técnicas de orientações diversas fazem-no muitas vezes sem atender às evidências empíricas sobre “o que resulta”, patentes na literatura.

De facto, tendo como referente os princípios de mudança em psicoterapia baseados no modelo integrativo de selecção sistemática propostos por Beutler e Harwood (2000), foram poucos os psicoterapeutas que mostraram fundamentar a escolha das suas técnicas de intervenção em princípios validados por dados empíricos.

Assim, relativamente à rede de apoio social, salienta-se que a maior parte dos psicoterapeutas referiu que “a rede social traz benefícios para o trabalho terapêutico”, sem que explicassem de que forma. Como Beutler e Harwood (2000) referiram, o prognóstico encontra-se positivamente relacionado com o apoio social, e negativamente associado ao défice funcional.

De outro modo, também em relação à complexidade/cronicidade, nenhum terapeuta referiu que a probabilidade ou magnitude de mudança podem ser aumentadas

pela utilização de múltiplos indivíduos (grupo, família, casal), sendo que apenas alguns psicoterapeutas revelaram que esta variável pode ser utilizada como preditor de mudança.

Por outro lado, relativamente ao défice funcional, pode-se afirmar que a maior parte dos psicoterapeutas estão em parte em consonância com Beutler e Harwood (2000), pois afirmaram que utilizavam o défice funcional para determinar a escolha das técnicas de intervenção, integrando modelos teóricos diferentes. De facto, estes autores afirmaram que os pacientes com maior défice funcional beneficiam de intervenções mais intensas e com mais modalidades de intervenção.

No que concerne ao estilo de *coping*, Beutler e Harwood (2000) afirmaram que “a mudança é maior quando o equilíbrio relativo das intervenções favorece o uso de técnicas dirigidas à eliminação de sintomas ou aprendizagem de competências com clientes externalizadores, ou, favorece o uso de técnicas dirigidas para o insight e para a relação terapêutica com internalizadores.” No nosso estudo, a maioria dos psicoterapeutas encontra-se alinhada com este princípio, embora não na totalidade, pois refere a utilização dos estilos de *coping* apenas para fazer o levantamento das estratégias adequadas que o paciente usa, no sentido de as validar ou promover (ou no seu inverso, no sentido da invalidação ou eliminação).

Em relação à variável resistência, alguns participantes no nosso estudo indicaram a utilização desta variável para ajustar a postura do terapeuta, o que se coaduna com o princípio de mudança que refere que a mudança terapêutica é maior quando a directividade do terapeuta e das intervenções está inversamente relacionada com o nível de reactância do cliente (Beutler & Harwood, 2000).

No que respeita ao sofrimento subjectivo, Beutler e Harwood (2000) referem “que a probabilidade de mudança terapêutica é maior quando o nível de desconforto emocional do cliente é moderado, isto é, não é nem excessivamente elevado, nem excessivamente baixo. Decorre deste princípio que deve ser feito o uso de intervenções ou técnicas que promovam a diminuição da activação e/ou desconforto emocional com clientes cuja activação é muito elevada, e o aumento da experiência emocional com aqueles que denotam pouca ou nenhuma activação.” Dos participantes da nossa investigação, salienta-se que uma parte significativa referiu utilizar esta variável para determinar as técnicas de intervenção, integrando modelos teóricos distintos, embora não tenha referido que tipo de técnicas, nem de que forma.

Segundo Meyer e Pilkonis (2002, citados por Moleiro, 2005), os pacientes com vinculações seguras beneficiam mais da psicoterapia, sendo que os dismissivos podem necessitar de intervenções mais activas na promoção da expressão emocional e os preocupados podem precisar de maior contenção afectiva. De acordo com o nosso estudo, alguns terapeutas revelaram utilizar o estilo de vinculação para perceber o padrão de vinculação do paciente e para que o mesmo fosse interpretado na relação psicoterapêutica. Todavia, não explicaram de que forma fazem uso dessa “interpretação”. Castonguay e Beutler (2006) referiram que uma vinculação segura do terapeuta pode ser facilitadora do processo terapêutico, chamando a atenção para as características do terapeuta em psicoterapia. No entanto, no presente estudo nenhum dos participantes referiu levar em conta o tipo de vinculação do terapeuta.

No que concerne à utilização do estágio de mudança, salientamos o facto de alguns psicoterapeutas terem referido a utilização desta variável para chegarem à fase de acção, embora nenhum dos participantes tenha explicado de que forma. Assim, neste estudo, nenhum dos psicoterapeutas referiu a utilização de intervenções dinâmicas, cognitivas ou experienciais para os primeiros dois estádios de mudança (pré-contemplação e contemplação), como postulado pelo modelo transteórico (Prochaska & Norcross, 2002). De igual modo, os participantes não referiram o uso preferencial de técnicas comportamentais e existenciais com pacientes nos estádios de acção e manutenção (Prochaska & Norcross, 2002).

É de referir que o presente estudo levanta questões de implicações éticas, práticas, e de formação dos psicoterapeutas portugueses. Ao nível ético, são diversos os códigos deontológicos em psicologia que defendem que os psicólogos devem basear o seu trabalho no conhecimento científico e profissional estabelecido na disciplina, esforçando-se por garantir níveis altos de competência no seu trabalho (APA, 2002; FEAP, 1995). A necessidade de formação contínua e de tomar conhecimento de avanços críticos ao nível teórico e metodológico encontra-se intrinsecamente associada ao princípio da competência e à definição de *boas práticas*. Deste modo, parece-nos importante salientar a relevância de uma prática ética em psicoterapia.

Considera-se de vital importância que os psicoterapeutas se mantenham criticamente atentos à investigação e inovações em psicoterapia, para que desta forma possam suportar as suas decisões psicoterapêuticas, momento a momento em psicoterapia, em dados empíricos fundamentados. Como afirmou Vasco (1992, p. 310), “os futuros terapeutas deveriam ser encorajados a dar um peso significativo à sua

filosofia e valores pessoais na escolha de orientação teórica, sem esquecer, obviamente, a eficácia diferencial dos diferentes tipos de intervenção”. Este movimento, já referido anteriormente, tem-se traduzido num crescimento das práticas baseadas na evidência (Chambless et al, 1996; Nathan & Gorman, 2002; Roth & Fonagy, 2006). Tendo este movimento começado dentro do território da medicina, este movimento tem marcado de forma significativa a prática da psicologia clínica e da psicoterapia, particularmente nos países anglo-saxónicos.

As limitações do nosso estudo sugerem que a futura exploração e análise das variáveis tratadas deve efectuar-se com amostras de maior dimensão. Refere-se também que seria interessante fazer estudos com metodologias longitudinais no sentido de explorar a forma como os terapeutas desenvolvem ao longo do tempo a integração de diversas técnicas na sua prática clínica. Para além disso, o instrumento utilizado foi baseado em medidas de auto-preenchimento, o que se encontram sempre sujeitas a distorções e a enviesamentos associados à desejabilidade social. Salienta-se também como limitação o facto da análise qualitativa dos dados ser realizada pelo investigador, que não é *cego* às hipóteses da investigação, não tendo sido possível a codificação por um juiz independente para verificar o consenso entre juízes.

Consideramos importante este estudo ser replicado com uma amostra maior, tendo por objectivo a extensão da representatividade dos resultados e consequente caracterização da prática clínica dos psicoterapeutas portugueses. Estudos futuros de variáveis pessoais e profissionais dos psicoterapeutas constituem o caminho mais promissor para a compreensão da figura do psicoterapeuta e para o desenvolvimento epistemológico desta classe.



## 7. Referências Bibliográficas

Alonso, M., Ávila, A., Caro, I., Coscollá, A., Rodriguez, S., Orlinsky, D. (2006). Theoretical orientations of spanish psychotherapists: integration and eclecticism as modern and postmodern cultural trends. *Journal of Psychotherapy Intergration*, 16 (4), 398-416.

American Psychological Association (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 57, 1060-1073.

Barber, B. (1961). Resistance by scientists to scientific discovery. *Science*, 134, 596-602.

Beitman, B. D. (1987). *The structure of individual psychotherapy*. New York: Guilford.

Bergin, A. E., & Lambert, M. J. (1979). Counseling the researcher. *Counseling Psychologist*, 8(3), 53-56.

Beutler, L. E. (1983), *Eclectic Psychotherapy: A systematic approach*.

Beutler et al. (1991). University of Arizona Psychotherapy Research Program, in L. E. Beutler & M. Crago (eds). *Psychotherapy research: international programmatic studies* (90-97). Washington, DC: American Psychological Association.

Beutler, L.E., & Clarkin, J. (1990). *Systematic treatment selection: Toward targeted therapeutic interventions*. New York: Brunner/Mazel.

Beutler, L.E., Machado, P. P., Engle, D., & Mohr, D. (1993). Differential patient x treatment maintenance of treatment effects among cognitive, experiential, and self-directed psychotherapies. *Journal of Psychotherapy Intergration*, 3, 15-32.

Beutler, L. E.; Sandowicz, M.; Fisher, D. & Albanese, A. L. (1996). Resistance in psychotherapy: conclusions that are supported by research. In session: psychotherapy and practice, 1, 77-86.

Beutler, L.E., & Harwood, T.M. (2000). *Prescriptive psychotherapy*. New York: Oxford University Press.

Beutler, L.E., Clarkin, J.F., & Bongar, B. (2000). *Guidelines for the systematic treatment of the depressed patient*. New York: Oxford University Press.

Beutler, L. E., Moleiro, C., & Talebi, H. (2002a). How practitioners can systematically use empirical evidence in treatment selection. *Journal of Clinical Psychology. Special issue: Reprioritizing the role of science in a realistic version of the scientist-practitioner model*, 58(10), 1199-1212.

Beutler, L.E., Moleiro, C., & Talebi, H. (2002b). Resistance. In J. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapists' relational contributors to effective psychotherapy* (pp. 129–143). New York: Oxford University Press.

Birk, L. (1970). Behavior therapy: integration with dynamic psychiatry. *Behavior Therapy* 1, 522-526.

Caro, I. (1993). La identidad de la psicoterapia. In I. Caro (Ed.), *Psicoterapia e investigación de procesos* (pp. 17-39). Valencia: Promolibro. Colección de Psicología Teórica.

Caro, I. (1999). El origen cultural de la integración y del eclecticismo en psicoterapia. *Psiquiatría Pública*, 11(1), 19-26.

Castonguay, L.G., & Beutler, L.E. (Eds.) (2006). *Principles of therapeutic change that work*. New York, NY: Oxford University Press.

Chambless, D. L., Sanderson, W. C., Sholam, V., Johnson, S. B., Pope, K. S., Crist-Christoph, P., Baker, M., Johnson, B., Woody, S. R., Sue, S., Beutler, L. E., Williams,

D. A., & McCurry, S. (1996). An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist*, 49(2), 5-4.

Clarkin, J. & Levy, K. N. (1994). The influence of client variables on psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4th edition, pp. 194-226). New York: Wiley.

Dollard, J., & Miller, N. E. (1950). *Personality and psychotherapy*. New York: McGraw-Hill.

Federação Europeia de Associação de Psicólogos (1995). *Código de Ética para os Psicólogos*. Atenas.

Fester, C. B. (1974). The difference between behavioral and conventional psychology. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 159, 153-157.

Frank, J. D. (1961). *Persuasion and healing*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Frank, J. D. (1979), The present status of outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 310-316.

Frank, J. D. & Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing: a comparative study of psychotherapy*, 3 ed. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Fuhriman, A.; Paul, S. C. & Burlingame, G. M. (1986). Eclectic time-limited therapy. In J. C. Norcross (ed). *Handbook of eclectic psychotherapy*, 226-259. New York: Brunner/Mazel.

Garfield, S. L. (1980). *Psychotherapy: an eclectic approach*. New York: John Wiley.

George, L. K., Blazer, D. G., & Hughes, D. C. (1989). Social support and the outcome of major depression. *British Journal of Psychiatry*, 154, 478-485.

Gergen, K. J. (1992). Toward a postmodern psychology. In S. Kvale (Ed), *Psychology and postmodernism* (pp. 17-30). London: Sage.

Goldfried, M. (2002). Foreword. In J. Lebow (Ed), *Comprehensive Handbook of Psychotherapy: integrative, eclectic* (vol 4) (pp. xiii-xv). New York: Wiley.

Goldstein, A. P. & Stein, N. (1976). *Prescriptive psychotherapies*. New York: Pergamon Press.

Hollon, S. D. (1990). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Psychiatric Annals*, 20, 249-258.

Hooley, J. M., & Teasdale, J. D. (1989). Predictors of relapse in unipolar depressives: expressed emotion, marital distress, and perceived criticism. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 229-235.

Karno, M. (1997). *Identifying patient attributes and elements of psychotherapy that impact the effectiveness of alcoholism treatment*. Tese de Doutorado não publicada, Universidade da Califórnia em Santa Barbara.

Kazdin, A. E. & Bass, D. (1989). Power to detect differences between alternative treatments in comparative psychotherapy outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 138-147.

Kvale, S. (1992). Post-modern psychology: a contradiction in terms? In S. Kvale (Ed.), *Psychology and postmodernism* (pp. 31-57). London: Sage.

Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: implications for integrative and eclectic therapists. In J. C. Norcross & M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129). New York: Basic Books.

Lambert, M. J. (1994). Use of psychological tests for outcome assessment. In M. E. Maruish (ed.). *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment*, 75-97. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Lambert, M. J. (2004). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5ª Edição). New York, NY: John Wiley & Sons, Inc.

Lazarus, A. A. (1992). Multimodal therapy: Technical eclecticism with minimal integration. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds), *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books.

Longabaugh, R., Beattie, M., Noel, N., Stout, R., & Malloy, P. (1993). The effect of social investment on treatment outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, 54, 465-478.

Luborshy, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "Everyone has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.

Luborshy, L., Rosenthal, R., Diguer, L., Andrusyna, T. P., Berman, J. S., Levitt, J. T., Seligman, D. A., & Krause, E. D. (2002). The Dodo Bird verdict is alive and well – mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 2-12.

McLean, P. D. & Taylor, S. (1992). Severity of unipolar depression and choice of treatment. *Behavior Research and therapy*, 30, 443-451.

Meyer, B., & Pilkonis, P. A. (2002). Attachment style. In J. C. Norcross, *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patient needs*. New York, NY: Oxford University Press.

Millward, L. (1995). Focus Groups. In G. Breakwell, S. Hammond & C. Fife-Schaw (Eds), *Research Methods in Psychology* (pp. 274-292). London: Sage Publications.

Moleiro, C. (2003). *Change in therapy: a model of the effects of systematic treatment selection variables and quality of alliance on individual growth*. Tese de doutoramento não publicada, Universidade da Califórnia em Santa Bárbara.

Moleiro, C. (2005). Sobre o/a cliente e para além do diagnóstico: Contributos para a optimização da tomada de decisão clínica. *Psychologica*, 39, 37-53.

Moreira, P., Gonçalves, O., & Beutler, L. E. (2005). *Métodos de Selecção de Tratamento: O melhor para cada paciente*. Porto: Porto Editora.

Moss, R. H. (1990). Depressed outpatients life contexts, amount of treatment and treatment outcome. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 105-112.

Nathan, P. E. & Gorman, J. M. (Eds.) (2002). *A Guide to Treatments That Work* (2ª Edição). New York, NY: Oxford University Press.

Norcross, J.C. (Ed.) (2002). *Psychotherapy Relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients* (2ª Edição). New York: Oxford University Press.

Orlinsky, D. E., Ronnestad, M. H., Ambuhl, H., Botermans, J. F., Cierpka, M., Davis, J. D., Davis, M. L., Dazord, A., Gerin, P., Schroder, T. A., Willutzki, U., Wiseman, H., Aapro, N., Avila-Espada, A., Bae, S. H., Beutler, L., Buchheim, P., Caro, I., Davison, C., Freni, S., Friis-Jorgensen, E., Gabrielli, A., Joo, E., Kachele, H., Kalmykova, E., von der Lippe, A., Meyerberg, J., Monsen, J., Norcross, J., Norhcut, T., Parks, B., Rosander, M., Rubin, S., Scherb, E., Shefler, G., Silverman, M., Smith, D., Stiwne, D., Stuart, S., Tarragona, M., Vasco, A. B., & Yagnyk K. (para publicação). *The psychotherapist's perspective: therapeutic work, professional development, and personal life*. Washington, DC: American Psychological Association.

Orlinsky, D. & Ronnestad, M. H. (Eds.) (2004). *How psychotherapists develop: a study of therapeutic work and professional growth*. Washigton, DC: American Psychological Association.

Pais Ribeiro, J. L. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi.

Prochaska, J. O. (1984). *Systems of psychotherapy: a transtheoretical analysis*, 2 ed. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Prochaska, J. O., & Norcross, J. C., (2002). Stages of change. In J. C. Norcross, *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patient needs*. New York, NY: Oxford University Press.

Roth, A., & Fonagy, P. (Eds.) (2006). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research* (2ª Edição). New York, NY: Guilford.

Sherbourne, C. D., Hays, R. D., & Wells, K. B. (1995). Personal and psychosocial risk factors for physical and mental health outcomes and course of depression among depressed patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 345-355.

Strupp, H. H.; Horowitz, L. M. & Lambert, M. J. (1997). Measuring patient changes in mood, anxiety and personality disorders: toward a core battery. Washington, DC: American Psychological Association.

Thorne, F. C. (1967). The structure of integrative psychology. *Journal of Clinical Psychology*, 23, 3-11.

Travis, L. A., Blinwise, N. G., Binder, J. L., & Horne-Moyer, H. L. (2001). Changes in clients attachments styles over the course of time-limited dynamic psychotherapy. *Psychotherapy: theory, research, practice, training*, 38, 149-159.

Wachtel, P. L. (1977). *Psychoanalysis and behaviour therapy: Toward an integration*. New York: Basic Books.

Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, “All must have prizes.” *Psychological Bulletin*, 122, 203-215.

Wilkins, W. (1984). Psychotherapy: The powerful placebo. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 570-573.

Vasco, A. B. (1992). “*Psicoterapeuta, conhece-te a ti próprio!*”: características, crenças metateóricas, estilos terapêuticos e desenvolvimento epistemológico dos psicoterapeutas portugueses. Dissertação de doutoramento em Psicologia, apresentada na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

Vasco, A. B. (1994). Psicoterapeutas portugueses: características demográficas, actividades profissionais, perspectivas teóricas e satisfação com o treino e com a carreira. *Psicologia*, IX, 405-428.

Vasco, A. B. (1999). *Characterizing Portuguese psychotherapists: the 80s and the 90s*. Paper presented at the 30<sup>th</sup> Annual International Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Braga, Portugal.

Vasco, A. B. (2001). “*En casa del herrero, cuchillo de palo*”: Sobre la necesidad de integration de modelos integrativos. Comunicação apresentada na “XVII International Conference of the Society for the Exploration of Psychotherapy Integration”, Santiago, Chile.

Vasco, A. B. & Conceição, N. (s.d.). *Entre nuvens e relógio: sequência temporal de objectivos estratégicos e integração em psicoterapia*. Manuscrito não publicado.

Vasco, A. B., Santos, O. & Silva, F. (2003). Psicoterapia sim! Eficácia, efectividade e psicoterapeutas (em Portugal). *Psicologia*, 17 (2), 485-495.



Vasco, A. B. (2008). Psychotherapy integration in Portugal, *Journal of Psychotherapy Integration*, 18 (1), 70-73.

Zlotnick, C., Shea, M. T., Pilkonis, P., Elkin, I., & Ryan, C. (1996). Gender dysfunctional attitudes, social support, life events, and depressive symptoms over naturalistic follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1021-1027.

## **8. Anexos**